

Matti Heikkilä, Juha Kaakinen, Niina Korpelainen

Kansallinen sosiaalialan **kehittämisprojekti**

Selvityshenkilöiden loppuraportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 25.3.2003	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja sihteeri) Selvityshenkilöt: Matti Heikkilä, Juha Kaakinen ja Niina Korpelainen Projektin johtoryhmän puheenjohtaja: Markku Lehto Projektin sihteeri: Saira Hietanen		Julkaisun laji Raportti	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä 3.10.2002	
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. (Det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området. Utredarnas slutrapport.)			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 3.10.2002 kansallisen sosiaalialan kehittämisprojektin. Hanketta johti kansliapäällikkö Markku Lehdon vetämä johtoryhmä ja selvityshenkilöiksi kutsuttiin ylijohtaja Matti Heikkilä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, toimitusjohtaja Juha Kaakinen Sosiaalikehitys Oy:stä ja sosiaalijohtaja Niina Korpelainen Kuusankosken kaupungista. Projektin tehtävänä oli laatia pitkän tähtäyksen kehittämisohjelma, jolla turvataan sosiaalialan tasapainoinen ja hallittu kehitys. Raportti pohjautuu selvityshenkilöiden asiantuntija-arvioon. Raportin toimenpide-ehdotuksiin sisältyvät vain ne, joista hankkeen johtoryhmässä saavutettiin laaja yhteisymmärrys. Toimenpide-ehdotusten toteuttaminen edellyttää lisärahoitusta. Valtiovarainministeriön edustaja ei sitoutunut niihin ehdotuksiin, jotka merkitsevät valtion ja kuntien kokonaismenojen kasvua. Selvityshenkilöt ovat arvioineet erityisesti neljää suurta kokonaisuutta: 1. sosiaalipalvelujen saatavuutta ja laatua eri väestöryhmien näkökulmasta, 2. sosiaalialan henkilöstön osaamista, riittävyyttä ja työkäytäntöjä, 3. palvelujen järjestämistä kunnassa ja yhteistyötä muiden hallintokuntien kanssa ja 4. sosiaalialan rahoitusta ja ohjausta. Palvelujen saatavuuden ja laadun parantamisesityksiä tehtiin erityisesti lapsiperheiden ja vanhusten palveluissa. Lapsiperheiden palveluissa painotettiin varhaista puuttumista, perus- ja erityistason palvelujen yhteistyön lisäämistä ja palvelujen monipuolisuuden lisäämistä. Lisäpanostusta tarvitaan mm. lastensuojelussa ja erityispäivähoidossa. Pitkäaikaistyöttömien hajallaan olevat palvelut tulisi koota yhteen ja kuntien vastuuta rakennetyöttömyyden hoidossa lisätä. Vanhusten palveluissa esitetään vanhustyön modernisoimista, vanhuksille oikeutta hoidon tarpeen arviointiin, koti- ja laitoshoidon henkilöstövajauksen korjaamista ja omaisille mahdollisuutta jäädä hoitamaan lyhytaikaisesti vanhempansa. Sosiaalialan henkilöstön osaaminen tulisi varmistaa lakisääteisellä täydennyskoulutusvelvoitteella. Sosiaalipalveluiden työkäytäntöjä ja menetelmiä tulisi merkittävästi kehittää erillisellä Hyvät käytännöt –hankkeella. Sosiaalialan uusien alueellisten osaamiskeskusten toimintaedellytyksiä esitetään parannettavaksi, jotta ne voisivat nykyistä paremmin toimia kuntien palvelujen kehitystyön tukena. Tietoteknologian hyväksikäyttöä sosiaalialalla tulee parantaa. Sosiaalialan palvelut tulisi järjestää entistä monimuotoisemmin kuntien, järjestöjen ja yritysten yhteistyönä. Asiakkaiden valinnan mahdollisuuksia tulisi parantaa esim. palvelusetelien avulla. Sosiaalihuollon erityispalvelut eli lähinnä lastensuojelu, päihdehuolto, vammaishuolto ja erityispäivähoito tulee järjestää riittävän suurella väestöpohjalla, tarvittaessa seudullisesti ns. vastuullinen keskuskunta -mallin avulla. Seudullisen yhteistyön kar-toitus tulisi tehdä koko maassa vuoden 2003 loppuun mennessä. Sosiaalipalveluiden valtakunnallista rahoitusta ja ohjausta tulisi kehittää neljän elementin varassa. Kunnille tulee turvata riittävä perusrahoitus valtion rahoitusosuutta kasvattamalla ja asiakkaiden palveluiden saamisen perusteita tulee vahvistaa. Palvelujen saamisen perusteet parantaisivat asiakkaan näkökulmasta palvelun saamisen en-nustettavuutta. Työ esitetään aloitettavaksi vanhuspalveluista. Palvelujen järjestelmällistä arviointia tulee lisätä. Sosiaalipalveluiden laadun turvaamisen keinona selvityshenkilöt tuovat esiin vähimmäisstandardien luomisen.			
Avainsanat (asiasanat): Henkilöstö, projektit, sosiaaliala, sosiaalihuolto, sosiaalipalvelut			
Muut tiedot Internetissä www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1319-9
Kokonaissivumäärä 77	Kieli suomi	Hinta 14,80 €	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, sähköposti: julkaisumyvnti@stm.vn.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet, Finland		Utgivningsdatum 25.3.2003	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Utredare: Matti Heikkilä, Juha Kaakinen och Niina Korpelainen Ordförande för projektets ledningsgrupp: Markku Lehto Projektets sekreterare: Saila Hietanen		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättande av organet 3.10.2002	
Publikation (även den finska titeln) Det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området. Utredarnas slutrapport. (Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti.)			
Publikationens delar			
Referat Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 3.10.2002 ett nationellt utvecklingsprojekt för det sociala området. Projektet hade en ledningsgrupp med kanslichef Markku Lehto som ordförande. Till utredare utsågs överdirektör Matti Heikkilä från Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, verkställande direktör Juha Kaakinen från Sosiaalikehitys Oy och socialdirektör Niina Korpelainen från Kuusankoski stad. Projektet hade till uppgift att utarbeta ett utvecklingsprogram på lång sikt i syfte att trygga en balanserad och kontrollerad utveckling för det sociala området. Rapporten grundar sig på ett sakkunnigutlåtande av utredarna. I rapporten har tagits med endast de förslag till åtgärder som projektets ledningsgrupp kunde nå stor enighet om. För att vidta de föreslagna åtgärderna behövs tilläggsfinansiering. Finansministeriets representant förband sig inte till de förslag som skulle medföra att statens och kommunernas totala utgifter stiger. Utredarna bedömde särskilt fyra stora helheter: 1. tillgången till socialservice och servicens kvalitet ur olika befolkningsgruppers synvinkel, 2. tillräcklig och kunnig personal samt arbetspraxis, 3. ordnande av service i kommunerna och samarbete med de övriga förvaltningarna och 4. finansiering och styrning av det sociala området. Förslagen för att förbättra tillgången till service och servicens kvalitet gällde särskilt tjänster för barnfamiljer och äldre. I fråga om tjänster för barnfamiljer betonades tidigt ingripande, ökat samarbetet mellan basservicen och specialservicen och mångsidigare service. Tilläggsåtgärder behövs bl.a. inom barnskyddet och specialdagvården. Den splittrade servicen för långtidsarbetslösa skall samlas och kommunernas ansvar i fråga om den strukturella arbetslösheten ökas. Beträffande tjänsterna för äldre föreslås att äldreomsorgen moderniseras, de äldre ges rätt till en bedömning av vårdbehovet, personalsituation inom hem- och institutionsvården förbättras och de anhöriga ges möjlighet att kortvarigt vårda sina föräldrar. Personalens kunnande säkerställs med en lagstadgad fortbildningsskyldighet. Arbetspraxisen och metoderna utvecklas kännbart med ett separat projekt för god praxis. Utredarna föreslår att verksamhetsbetingelserna för nya regionala kompetenscentrum inom det sociala området förbättras för att de bättre skall kunna stödja arbetet för att utveckla den kommunala servicen. Utnyttjandet av datateknologin inom det sociala området skall förbättras. Socialservicen ordnas på ett mera mångsidigt sätt som ett samarbete mellan kommunerna, organisationerna och företagen. Klienternas valmöjligheter förbättras t.ex. med hjälp av servicesedlar. Specialservicen inom socialvården, dvs. främst barnskydd, missbrukarvård, handikappservice och specialdagvård, ordnas utgående från ett tillräckligt stort befolkningsunderlag, vid behov regionalt med hjälp av modellen med en ansvarig centralkommun. Det regionala samarbetet kartläggs i hela landet före utgången av år 2003. Den riksomfattande finansieringen och styrningen av socialservicen utvecklas med hjälp av fyra element. Kommunerna skall garanteras tillräcklig grundfinansiering genom att statens finansieringsandel utökas, även grunderna för att få service stärks. Grunderna för att få service gör tillgången till service mera förutsägbar ur klientens synvinkel. Utredarna föreslår att man börjar med servicen för äldre. Den systematiska bedömningen av servicen skall utökas. Utredarna nämner minimistandarder som ett sätt att säkerställa kvaliteten på socialservicen.			
Nyckelord Det sociala området, personal, projekt, socialservice, socialvård			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:11		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1319-9
Sidoantal 77	Språk finska	Pris 14,80 €	Sekretessgrad offentlig
Distribution/Försäljning Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors tfn (03) 260 8158 och (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, e-post: julkaisumyyni@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 25 March 2003	
Authors Project administrators: Matti Heikkilä, Juha Kaakinen and Niina Korpelainen Chairperson of the project management group: Markku Lehto Project secretary: Saila Hietanen		Type of publication Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 3 October 2002	
Title of publication The National Development Project for the Social Welfare Field			
Parts of publication			
Summary On 3 October 2002, the Ministry of Social Affairs and Health set up the National Development Project for the Field of Social Welfare. Permanent Secretary Markku Lehto headed the management group. Project administrators were Director-General Matti Heikkilä of the Research and Development Centre for Welfare and Health, Managing Director Juha Kaakinen of the Social Development Company Ltd. and Director of Social Affairs Niina Korpelainen of the city of Kuusankoski. The task of the project was to draw up a long-range development programme to ensure the balanced and controlled development of the social welfare field. The report is based on the expert evaluation of the project administrators. Only such proposed measures on which the project management group reached wide-ranging understanding, are included in the report. The implementation of the proposed measures requires additional funding. The representative of the Ministry of Finance did not commit to those proposals, which imply an increase in the total expenditure of the state and municipalities. The project administrators have especially assessed four large entities: 1. The availability and quality of social services from the point of view of different population groups, 2. The expertise, sufficient number and work practices of the social welfare personnel, 3. The organisation of services in municipalities and cooperation with other administrative bodies and 4. The financing and direction of the social welfare field. Proposals concerning the improvement of the availability and quality of services were made especially with regard to services for families with children and for older persons. In services for families with children aspects such as early intervention, increasing cooperation between services at primary and specialised level and increasing the diversity of services were highlighted. Additional investment is needed in e.g. child protection and special day care. The scattered services for the long-term unemployed should be gathered together and municipal responsibility with regard to the management of structural unemployment should be increased. In services for older persons, proposals include modernising work with the elderly, the right of older persons to an evaluation of their need for care, correcting the personnel shortage in outpatient and institutional care and the possibility for close relatives to stay for short periods of time in order to care for an elderly parent. The expertise of social welfare personnel should be ensured through an obligation to participate in continuing education that is prescribed by law. The working practices and methods of social welfare services should be developed through a separate Good Practices –project. The improvement of the operational preconditions of the new regional centres of excellence in the social field is proposed in order for them to better support the development of municipal services. The use of information technology in the social welfare field should be improved. The services of the social welfare field should be arranged in a multiform way in cooperation between municipalities, organisations, and enterprises. The clients’ freedom of choice should be improved with the help of e.g. service vouchers. Specialised social welfare services, i.e. more specifically child welfare, social work with substance abusers, social welfare for the disabled and special day care, should be arranged on a sufficiently broad population basis, regionally if necessary, according to the so called responsible central municipality model. A survey of regional cooperation should be carried out in the whole country by the end of 2003. The national financing and direction of social services should be developed according to four elements. A sufficient basic funding should be guaranteed for the municipalities by increasing the portion financed by the state and clients’ grounds for receiving services should be ensured. From the point of view of the client, the grounds for receiving services would improve the predictability of receiving services. It is proposed that the work commence with services for older persons. The systematic evaluation of services should be increased. As a means of ensuring the quality of social services, the project administrators propose the creation of minimum standards.			
Key words The field of social welfare, social welfare, social services, personnel, projects			
Other information www.stm.fi			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2003:11		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1319-9
Number of pages 77	Language Finnish	Price €14.80	Publicity public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publications sale, P.O.B. 536, FIN-33101 Tampere, Finland, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535 fax 358 3 260 8150, e-mail julkaisumyvnti@stm.vn.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

KANSALLINEN SOSIAALIALAN KEHITTÄMISPROJEKTI

SISÄLLYS

1. KANSALLISEN SOSIAALIALAN KEHITTÄMISOHJELMAN LÄHTÖKOHDAT	13
1.1. PROJEKTIN TOIMEKSIANTO JA TYÖN ORGANISOINTI	13
1.2. SOSIAALIALAN TAVOITTEITA JA LÄHTÖKOHTIA.....	14
1.2.1. Suhde sosiaaliturvan kokonaisuuteen	14
1.2.2. Sosiaalihuollon tavoitteita ja lähtökohtia	14
1.3. MUUTTUVA TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	15
1.3.1. Väestökehitys	16
1.3.2. Kuntatalous	17
1.3.3. Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen	19
1.3.4. Sosiaaliturvan rahoitus	20
1.3.5. Kansainvälistyminen	20
1.3.6. Sosiaalipoliittiset investoinnit elämäntaareilla	21
1.3.7. Uusien palvelukonseptien mahdollisuudet ja rakenteelliset muutokset	21
2. SOSIAALIPALVELUIDEN SAATAVUUDEN JA LAADUN PARANTAMINEN	23
2.1. LAPSET JA LAPSIPERHEET	23
2.1.1. Lasten päivähoito ja muut varhaiskasvatuspalvelut	23
2.1.2. Lapsiperheiden ehkäisevät ja psykososiaaliset palvelut	26
2.1.3. Lastensuojelun kehittäminen	28
2.2. AIKUISTEN PALVELUT.....	30
2.2.1. Vammaiset ja kehitysvammaiset.....	30
2.2.2. Päihdeongelmaiset.....	32
2.2.3. Pitkäaikaistyöttömien palvelut työvoiman kehittämiskeskuksiin.....	33
2.3. VANHUKSET	35
2.3.1. Vanhustenhuollon sisällön modernisointi	35
2.3.2. Kohti hoivatakuuta	37
2.3.3. Kohti riittävää henkilöstömitoitusta.....	39
2.3.4. Omaishoitajien ja muiden läheisiä hoitavien aseman parantaminen	40
2.4. ERITYISKYSYMYKSET	41
2.4.1. Ruotsin- ja saamenkieliset	41
2.4.2. Maahanmuuttajat.....	41
3. HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYS, TYÖOLOJEN, OSAAMINEN JA TYÖKÄYTÄNNÖT ...	43
3.1. HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYS JA RAKENNE	43
3.1.1. Henkilöstön riittävyys	43
3.1.2. Henkilöstön rakenne	44
3.1.3. Sosiaalihuollon kelpoisuus- ja ammatinharjoittamislainsäädäntö	45
3.2. OSAAMINEN JA TYÖKÄYTÄNNÖT.....	46
3.2.1. Osaamisen turvaaminen ja kehittäminen täydennyskoulutuksella.....	46
3.2.2. Sosiaalialan hyvät käytännöt -ohjelma	47
3.2.3. Toiminnan vaikuttavuuden, laadun ja tuloksellisuuden arviointi	48
3.2.4. Tutkimus-, kehittämis- ja palvelutuotekehitystoiminta.....	49
3.2.5. Tiedolla ja teknologialla parempaa sosiaalihuoltoa	50
3.3. SOSIAALIHUOLLON JOHTAMISEN KEHITTÄMINEN	52
3.3.1. Sosiaalihuollon johtaminen.....	52

3.3.2. Johtamiskoulutuksen lisääminen.....	53
3.4. HENKILÖSTÖN TYÖOLOJAT	53
3.4.1. Henkilöstön jaksaminen	53
3.4.2 Sosiaalitoimistojen kriisiytyneiden työskentelyolosuhteiden kehittäminen.....	54
4. PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN KUNNASSA	56
4.1. KUNNALLINEN JA ALUEELLINEN SOSIAALIPOLITIikka	56
4.2. PALVELUJEN PORRASTUS KUNNASSA	56
4.3. JÄRJESTÖJEN JA YKSITYISEN SEKTORIN ROOLI	59
5. RAHOITUS, OHJAUS JA VALVONTA.....	62
5.1. RAHOITUS JA OHJAUS	62
5.2. PALVELUJEN SAATAVUUS JA LAATU	64
6. OHJELMAN KUSTANNUKSET JA RAHOITUS	66
7. HYVINVOINTIPOLITIIKAN PERIAATTEIDEN SELVENTÄMISEN TARVE.....	68
 LIITE 1.....	 69

SAATTEEKSI

Kansallisen sosiaalialan kehittämisprojektin raportin tarkoituksena on antaa aineksia yhtäältä maaliskuun 2003 eduskuntavaalien jälkeisen hallituksen ohjelmaan ja toisaalta sosiaalialan kehittämiseen laajemminkin. Selvityshenkilöt katsovat, että tässä tehtyjä toimenpide-ehdotuksia ja linjauksia tulisi viedä eteenpäin monitasoisesti. Esitykset tähtäävät eräiltä osin lainsäädännön uudistamiseen, useissa kohdin sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan (TATO) vuosille 2004 - 2007 sekä koordinoituun virkamiesvalmisteluun.

Selvityshenkilöt ovat laatineet raportin ja raporttiin ehdotuksina sisältyvät vain ne, joista hankkeen johtoryhmässä saavutettiin laaja yhteisymmärrys. Johtoryhmä ei ole ottanut kantaa selvityshenkilöiden tekstiin yksityiskohdissaan. Ehdotusten toteuttaminen edellyttää raportissa esitettyä lisärahoitusta. Johtoryhmä korostaa, että palvelujen toimivuuden varmistaminen edellyttää kuntatalouden vakaan kehityksen turvaamista.

Valtiovarainministeriön edustaja ei sitoutunut niihin ehdotuksiin, jotka merkitsevät valtion ja kuntien kokonaismenojen lisäämistä. Valtiovarainministeriön edustajan mukaan kansallisen sosiaalialan kehittämissankkeen tavoitteet tulee toteuttaa kehyspäätösten sekä vuosittain talousarvion yhteydessä tehtävien mitoitus- ja kohdentamispäätösten puitteissa.

Ehdotukset voidaan ryhmitellä kolmeen tasoon:

1. ehdotukset, jotka edellyttävät selkeästi valtion ja kuntien lisärahoitusta ja tulisi toteuttaa hallitusohjelmakaudella; nämä on mitoitettu raportin lopussa esitettävän ohjelman nelivuotisen kustannusarvion mukaisiksi;
2. ehdotukset, joihin tulisi niinikään poliittisesti sitoutua, mutta jotka eivät aiheuta välittömästi tai merkittävästi lisärahoituksen tarpeita; ja
3. ehdotukset, jotka ovat luonteeltaan pikemminkin periaatteellisia ja linjaavat sellaisia toimintasuuntia, joilla väestön sosiaalista toimintakykyä ja turvallisuutta voitaisiin lisätä.

Selvityshenkilöiden ensimmäiseen tasoon sisältyvien toimenpide-ehdotusten aikataulu ja mittakaava on laadittu siten, että valtion ja kuntien lisäsatsausten tavoitetaso vuonna 2007 on n. 330 miljoonaa euroa. Tällainen menokehys on luonnollisesti kompromissi – alun perin valmisteltujen korjaustoimien kokonaiskustannus oli huomattavasti suurempi kuin ehdotettu menokehys.

Paavo Lipposen toisen hallituksen sosiaalipoliittinen ministerityöryhmä käsitteli selvityshenkilöiden väliraporttia 22.1.2003. Tuolloin oli toisistaan poikkeavia käsityksiä siitä, missä määrin selvityshenkilöiden toimeksianto valtuutti heitä tarkastelemaan palvelujen lisäksi myös joitakin tulonsiirtoja. Kokouksessaan ministeriryhmä otti sen kannan, että selvityshenkilöiltä odotetaan ehdotuksia myös lapsiperheiden toimeentulo-ongelmia lievittäviksi toimiksi tulonsiirroissa sekä pitkäaikaistyöttömien perusturvan järkeistämiseksi nimenomaan toimeentulotuen ja työmarkkinatuen leikkauskohdassa. Koska nämä kaksi toimenpidekokonaisuutta ovat kuitenkin luonteeltaan muusta kehittämisohjelmasta poikkeavia, on ne esitelty raportin liitteessä eikä ehdotusten kustannuk-

sia ole sisällytetty varsinaisen kehittämisohjelman kustannusarvioon. Selvityshenkilöt pitävät kuitenkin tärkeänä, että nämä mainitut kaksi kokonaisuutta – lapsiperheiden köyhyyden lievittäminen kohdennetuin toimin, sekä pitkäaikaistyöttömien siirtäminen pois kuntien toimeentulotuen piiristä – tulevat tarkasteltaviksi hallitusohjelmaa laadittaessa ja myös sosiaalihuollon keskeisten asiakasryhmien tarpeita arvioitaessa.

1. KANSALLISEN SOSIAALIALAN KEHITTÄMISOHJELMAN LÄHTÖKOHDAT

1.1. Projektin toimeksianto ja työn organisointi

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 2.10.2002 kansallisen projektin sosiaalialan kehittämiseksi. Projektin tehtävänä oli 31.3.2003 mennessä suunnitella ja valmistella ne toimenpiteet, jotka tarvitaan lähivuosina keskeisten sosiaalialan kehittämistarpeiden ja ongelmien ratkaisemiseksi.

Projektin johtoryhmän puheenjohtajaksi kutsuttiin kansliapäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveysministeriöstä ja jäseniksi budjettineuvos Raija Koskinen Valtiovarainministeriöstä, erityisavustaja Rurik Ahlberg sosiaali- ja terveysministeriöstä, toimitusjohtaja ja Risto Parjanne Suomen Kuntaliitosta, toimitusjohtaja Aulikki Kananoja Helsingin kaupungista, apulaisosastopäällikkö Reijo Väärälä sosiaali- ja terveysministeriöstä, apulaisosastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson sosiaali- ja terveysministeriöstä ja ylijohtaja Matti Heikkilä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, toiminnanjohtaja Riitta Särkelä Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitosta ja dosentti Mirjam Kalland Pelastakaa lapset ry:stä (1.1.2003 lukien toimitusjohtaja Det finlandsvenska kompetenscentret inom det sociala området).

Selvityshenkilöiksi kutsuttiin ylijohtaja Matti Heikkilä Stakesista, sosiaalijohtaja Niina Korpelainen Kuusankosken kaupungista ja toimitusjohtaja Juha Kaakinen Sosiaalikehitys Oy:stä. Johtoryhmän ja selvityshenkilöiden asiantuntijasihteerinä toimi Saira Hieta. Ylijohtaja Matti Heikkilä koordinoi kokonaisvalmistelua.

Selvityshenkilöiden tehtävänä oli ensin selvittää ratkaisua vaativat akuutit ongelmat ja tehdä niihin ratkaisuehdotukset. Toiseksi tehtävänä oli tehdä esitykset toimenpiteistä, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön ja rajapintoihin liittyvät ongelmat ratkaistaan. Samanaikaisesti selvitetään, miten taataan sosiaalialan tasapainoinen ja hallittu kehitys seuraavilla alueilla ja toimintaloikoilla:

1. Keskeisten palvelujen saatavuus ja niihin liittyvät rakenteelliset kysymykset
2. Sosiaalialan työvoimakysymykset, riittävyys, kelpoisuus, koulutus ja muut henkilöstökysymykset
3. Palvelujen ja ehkäisevän toiminnan organisointi ja järjestäminen kunnassa
4. Sosiaalialan yhteistyön vahvistaminen erityisesti terveydenhuollon ja opetustoimen kanssa
5. Sosiaalialan keskeisten palvelujen rahoitus ja ohjaus

Projektin tärkeä rinnakkainen hanke on kansallinen terveysprojekti, jonka kanssa hankkeen on tarkoitus toimia läheisessä yhteistyössä.

Sosiaali- ja terveysministeriö kutsui eri asiakokonaisuuksista vastuussa olevien selvityshenkilöiden tueksi neljä asiantuntijatyöryhmää, joissa työskenteli n. 50 alan asiantuntijaa. Työn aikana pyydettiin arvioita kehittämistarpeista kuntien johdolta ja sosiaalijohdolta, sosiaalialan osaamiskeskuksilta, järjestöiltä, työntekijöiltä ja työnantajia edustavil-

ta järjestöiltä ja kuultiin erikseen eri sektoreiden asiantuntijoita. Selvityshenkilöt ovat projektin kuluessa kiertäneet maata esittelemässä hanketta kymmenillä eri paikkakunnilla ja lääninhallitukset ovat järjestäneet erityisesti kuntien sosiaalijohdolle suunnattuja työkokouksia. Palautteen saamiseksi hankkeen väliraportti jaettiin mm. kaikkiin kuntiin ja sosiaalialan järjestöille. Selvityshenkilöt ovat tehneet yhteistyötä myös syksyllä 2002 toimintansa aloittaneen Sosiaalityön neuvottelukunnan kanssa.

Raportin 1 luvussa tarkastellaan sosiaalialan tavoitteita ja toimintaympäristöä 2000-luvulla. Luvussa 2 esitetään keinoja parantaa sosiaalipalveluiden saatavuutta ja laatua. Luvussa 3 käsitellään sosiaalialan henkilöstön riittävyyttä, osaamista, työoloja ja työkäytäntöjä. Luvussa 4 tarkastellaan kunnan sosiaalipalveluiden järjestämis- ja porrastustapoja. Luvussa 5 käsitellään rahoituksen, ohjauksen ja valvonnan keskeisimpiä kysymyksiä. Luvussa 6 esitetään hankkeen kustannukset ja viimeisessä luvussa tuodaan esiin jatkotyöskentelyn tarve hyvinvointipolitiikan linjaamiseksi.

1.2. Sosiaalialan tavoitteita ja lähtökohtia

1.2.1. Suhde sosiaaliturvan kokonaisuuteen

Selvityshenkilöt ovat tehtävässään ymmärtäneet keskeiset sosiaalialaa koskevat käsitteet seuraavasti. *Sosiaalihuolto* on lainsäädännössä kunnille säädetty toimintojen kokonaisuus, joka kattaa sosiaalipalvelut sekä rajoitetun määrän sosiaaliavustuksia mm. elatus-tuki, lasten koti- ja yksityisen hoidontuki ja toimeentulotuki. *Sosiaaliala* käsitteenä on sosiaalihuoltoa laajempi ja siihen sisältyy kunnan sosiaalihuollon lisäksi järjestöjen sosiaalipalvelut ja sosiaalityö, yksityisen sektorin tuottamat sosiaalipalvelut, muiden kunnan ja valtion toimijoiden ne toiminnot, jotka tähtäävät sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen ja ongelmien ehkäisyyn esim. terveydenhuollossa, koulun oppilashuollossa, työhallinnossa ja vankeinhoidossa. Käsitteenä laajin on *sosiaaliturva*.

Sosiaalipalvelut ja sosiaalihuolto ovat keskeinen osa suomalaista sosiaaliturvaa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on määritellyt sosiaaliturvan strategiat 2010 muodossa ”Kohti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa”. Tässä asiakirjassa sosiaaliturvan tarkoituksiksi määritellään mm. hyvän toimintakyvyn edistäminen sekä riittävän toimeentulon ja palvelujen turvaaminen. Näitä tarkoituksia edistää osaltaan myös sosiaalipalvelujen järjestelmä ja siihen liittyvä taloudellinen avustaminen. Sosiaaliturvan strategisista linjauksista mainittujen tarkoituksien ohella pyrkimys syrjäytymisen ehkäisyyn ja hoitoon on oleellisesti sosiaalihuollon vastuualue. Tältä osin keskeisiksi nousevat ehkäisevän näkökulman priorisointi, lasten ja nuorten ongelmien moniammatillinen haltuunotto, pitkäaikaistyöttömyys, alueelliset hyvinvointierot ja päihteisiin liittyvät ongelmat.

1.2.2. Sosiaalihuollon tavoitteita ja lähtökohtia

Sosiaalipalveluiden ja toimeentuloturvan järjestämisen keskeinen lähtökohta on, että jokaisella on oikeus ihmisarvoisen elämän edellyttämään välttämättömään toimeen-

tuloon ja huolenpitoon. Julkisen vallan tulee lailla turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

Suomalainen sosiaalihuolto tarvitsee nykyaikaisen kehittämisstrategian, joka ulottuu selkeästi vuoteen 2015. Tällaisen määrätietoisen kehittämisstrategian tuloksena sosiaalihuolto voisi näyttää seuraavalta:

Suurin osa sosiaalipalveluista on universaaleja, koko väestölle tarkoitettuja palveluita. Niillä turvataan yksilön ja perheen hoiva ja huolenpito elämänkaaren eri vaiheissa, mahdollistetaan työelämään osallistuminen ja sukupuolten välinen tasa-arvo. Sosiaalipalveluilla ja toimeentuloturvalle vahvistetaan ihmisten työ- ja toimintakykyä ja oma-toimisuutta. Palveluissa painotetaan moniammatillista työskentelyotetta, ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista. Syrjäytymistä ehkäistään aktiivisesti sosiaalityöllä ja sosiaalipalveluilla.

Sosiaalialan palveluista suurin osa on asiakkaan kodissa tai mahdollisimman lähellä kotiseutua tuotettavia lähipalveluita. Erityispalveluiden osaaminen pyritään tuomaan asiakkaan ja peruspalveluiden luo. Erityispalvelut ja olosuhteiden niin edellyttäessä myös lähipalvelut tuotetaan seudullisena yhteistyönä, pääsääntöisesti vastuullisen keskuskunnan tuottamina. Yhteistyö terveydenhuollon, opetus- ja asuntotoimen ja työvoimahalinnon kanssa on saumatonta ja sosiaalinen näkökulma otetaan huomioon muilla yhteiskuntapolitiikan sektoreilla.

Kunnat vastaavat sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Sosiaalipalveluiden tuotantotavat ovat joustavia ja monimuotoisia ja palveluita tuottavat kuntien ohella järjestöt ja yksityinen sektori. Asiakkaan mahdollisuuksia valita haluamansa palveluntuottaja on parannettu.

Sosiaalialan houkuttelevuus on parantunut. Sosiaalialan henkilöstö on mitoitettu riittäväksi suhteessa asiakaskunnan tarpeisiin. Henkilöstöllä on riittävä ammatillinen koulutus ja osaaminen, jota jatkuva täydennyskoulutus ylläpitää ja kehittää. Sosiaalialan työmenetelmät perustuvat yhä enemmän tutkittuun ja arvioituun tietoon ja työmenetelmissä korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillisuutta.

Julkisen vallan ohjauksen tärkein tavoite on turvata riittävät sosiaalipalvelut maan kaikissa osissa. Sosiaalipalveluiden rahoituksen päävastuu on kunnilla. Valtion ja kuntien välinen rahoitussuhde on vakaa ja ennustettava. Valtionosuusjärjestelmä turvaa kuntien mahdollisuudet tuottaa riittävät sosiaalipalvelut maan kaikissa osissa. Sosiaalipalveluiden ohjaus painottuu ajan tasalla olevaan lainsäädäntöön ja informaatio-ohjaukseen. Keskeisimmille sektoreille on luotu minimistandardit ja laatusuosituksat ja niiden toteutumista arvioidaan valtakunnallisesti.

1.3. Muuttuva toimintaympäristö

Sosiaalialan kehitykseen vaikuttavat monet muutokset toimintaympäristössä. Keskeimpiä näistä ovat demografiset muutokset - alentunut syntyvyys, väestön ikääntyminen sekä alueellinen keskittyminen maan sisäisen muuttoliikkeen seurauksena-, kansainvälistyminen, kuntatalouden ja myös koko julkistalouden näkymät.

1.3.1. Väestökehitys

Väestö lisääntyy Suomessa vielä parinkymmenen vuoden ajan. Noin 15 vuoden ajan kasvua ylläpitää syntyneiden enemmisy yhdessä siirtolaisuuden muuttovoiton kanssa. Vuoden 2015 jälkeen kuolleiden määrä ylittää syntyneiden määrän ja siitä lähtien Suomen väestö kasvaa ainoastaan siirtolaisuuden kautta. Vuoden 2020 jälkeen siirtolaisuuskaan ei riitä korvaamaan kuolleiden enemmyyttä ja väestö alkaa vanheta. Tästä huolimatta suomalaisia on vuonna 2030 hieman enemmän kuin nykyisin.

Väestörakenne muuttuu siten, että vuonna 2030 lapsia on noin 100 000 nykyistä vähemmän. Työikäisten 15–64-vuotiaiden määrä kääntyy laskuun vuosikymmenen lopulla, jolloin ensimmäiset suurten ikäluokkien edustajat täyttävät 65 vuotta. Yli 65-vuotiaita on vuonna 2030 noin 600 000 henkeä enemmän kuin nykyisin. Kolmenkymmenen vuoden kuluttua 65–74-vuotiaita on puolet nykyistä enemmän ja 75-vuotta täytäneitä kaksinkertaisesti.

Väestö ja väestönmuutokset 2000–2030

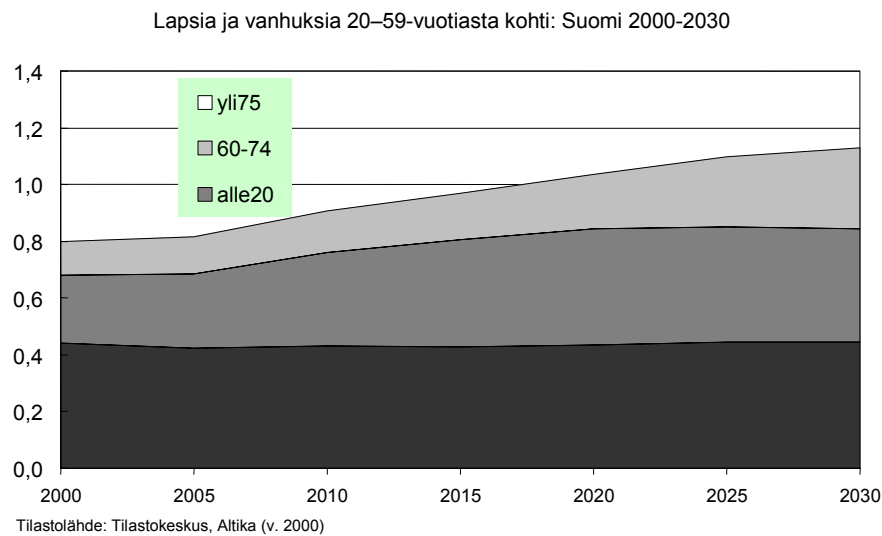
Väestö 2000 ja 2030 ja väestönmuutokset 2000-2030						
Ikä	2000	2030	Muutos 2000-30	Muutos, %	Osuus 2000, %	Osuus 2030, %
0-14	936 000	800 000	-136 000	-15	18	15
15-64	3 468 000	3 050 000	-418 000	-12	67	59
65-74	437 000	660 000	223 000	51	8	13
75-	340 000	700 000	360 000	106	7	13
Yhteensä	5 181 000	5 215 000	34 000	1	100	100

Tilastolähde: Tilastokeskus, Altika (v. 2000)

Voimakkaan muuttoliikkeen vuoksi väestön alueellinen jakauma muuttuu, ks. taulukko yllä. Pääkaupunkiseudulla asuu kolmenkymmenen vuoden kuluttua 23 prosenttia suomalaisista. Myös muut keskukset ja vuorovaikutusalueet lisäävät hieman osuuttaan koko maan väestöstä. Maaseudulla asuvien osuus sen sijaan pienentyy huomattavasti. Vuonna 2030 enää joka kymmenes suomalainen asuu ydinmaaseudulla ja vain 6 prosenttia harvaan asutulla maaseudulla.

Huoltosuhteen kannalta väestön ikärakenne on hyvä, mutta tilanne muuttuu lähivuosina. Vanhempien ikäluokkien koon kasvun ja työikäisen väestön pienenemisen yhteisvaikutuksena huoltosuhteen arvo nousee. Tulevaisuudessa huollettavien määrä on huoltajien määrää suurempi.

Tarkasteluperiodilla 2000 – 2030 huoltosuhteessa tapahtuu selvä painopisteen muutos.



Kuvio Suomen huoltosuhteen kehitys 2000–2030. Lähde: Nivalainen & Volk 2002

Vuonna 2030 vanhusten osuus huoltosuhteesta on jo yli 60 prosenttia. Ns. lapsihuoltosuhte ei kuitenkaan laske kovin paljon, koska samanaikaisesti työikäisten määrä vähenee.

1.3.2. Kuntatalous

Verotulot ovat kuntien tärkein tulomuoto. Kuntien ulkoisista tuloista verotulot muodostavat keskimäärin 60 prosenttia, käyttötalouden valtionosuudet noin 15 prosenttia ja toimintatulot noin 15 prosenttia. Loput ulkoisista tuloista koostuvat korko- ja rahoitustuotoista sekä muista tuloista.

Kuntien keskimääräinen tuloveroprosentti vuonna 2003 on 18,03. Vuodelle 2003 tuloveroprosenttia nosti 93 kuntaa, joissa asuu 1,6 miljoonaa asukasta. Kaksi kuntaa alensi tuloveroprosenttiaan vuodelle 2003. Korkein veroprosentti on Pelkosenniellä ja Savukoskella, joiden tuloveroprosentti on 20. Kauniaisissa on maan alhaisin veroprosentti 15,50.

Kuntaliiton mukaan kuntien menoista keskimäärin 48 prosenttia on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamenoja ja investointeja. Opetus- ja kulttuuritoimen toimintamenot ja investoinnit ovat 26 prosenttia menoista. Lopulla 26 prosentilla katetaan kuntien muut tehtävät.

Vuosikate asukasta kohti on yleisesti käytetty tunnusluku tulorahoituksen riittävyyden arvioinnissa. Kunnan talouden katsotaan olevan tasapainossa kun vuosikate vastaa suunnitelmapoistoja. Kuntien asukaskohtainen vuosikate on eriytynyt voimakkaasti viime vuosina. Tämä johtuu negatiivisen ja heikon (alle 500 mk/asukas) vuosikatteen kuntien määrän kasvusta samaan aikaan kun vahvan vuosikatteen kunnilla on mennyt entistä paremmin.

Kokonaisuudessaan kuntien tulopohja vahvistui vuonna 2001. Vuodesta 1997 vuoteen 2001 vuosikate kasvoi erityisesti kaupunkikunnissa ja kaupunkien läheisellä maaseudulla. Negatiivista kehitys on ollut vain maaseutukunnissa. Vuosikatteen heikkous tai negatiivisuus on edelleen tyypillistä asukasluvultaan keskimääräistä pienemmille kunnille. Yhteensä 117 negatiivisen vuosikatteen kunnasta 99 oli asukasluvultaan alle 6 000 asukkaan kuntia. Myös lainakanta kasvoi eniten alle 6 000 asukkaan kuntaryhmissä. Vuosikate parani 273 kunnassa, pysyi liki ennallaan 47 kunnassa ja heikkeni 112 kunnassa. Vuosikate jäi nettoinvestointeja pienemmäksi 309 kunnassa.

Vuonna 2003 kunnallistalouden rahoitustilanne heikkenee selvästi. Kuntien menojen kasvu hidastuu mm. maltillisen kustannuskehityksen ansiosta. Kuntien verotulot supistuvat vuonna 2003. Kunnallisverotuksen tilitykset laskevat vuoden 2002 poikkeuksellisen korkealta tasolta. Verotulojen laskuun vaikuttavat veroperustemuutokset ja suhdanneherkkien työsuhdeoptiotulojen ja pääomatulojen vaikutuksen pieneneminen ansio- ja pääomatuloista maksettavien verojen tilityksissä. Myös ansioverotulojen kevennykset alentavat kunnallisveron tuottoa. Samoin kuntien yhteisöveron tuottoa laskee arvonalisäverouudistuksen vaikutus.

Taulukko: Kuntien ja kuntayhtymien talous vuosina 2001–2007 (mrd. euroa)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Toimintakate	-15,00	-15,90	-16,46	-17,05	-17,67	-18,34	-19,06
Verotulot*	14,08	14,02	13,51	13,86	14,34	14,85	15,33
Käyttötalouden valtion-osuudet**	3,67	3,88	4,24	4,34	4,54	4,70	4,87
Muut rahoituserät, netto	-0,82	-0,02	0,02	0,01	-0,01	-0,02	-0,03
Vuosikate***	1,93	2,02	1,31	1,16	1,20	1,20	1,11
Satunnaiset ym. Erät. Netto	0,18	0,28	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
Investoinnit, netto	2,35	2,10	1,95	1,75	1,75	1,75	1,75
Ylijäämä (VK+satun. erät-INV)	-0,24	0,20	-0,46	-0,41	-0,37	-0,37	-0,46
Poistot käyttöomaisuudesta	1,45	1,50	1,55	1,60	1,63	1,66	1,69
Vuosikate-poistot	0,48	0,52	-0,25	-0,44	-0,43	-0,47	-0,58
Lainakanta	4,35	4,80	5,13	5,42	5,68	5,94	6,26
Kassavarat	3,08	3,40	3,26	3,14	3,03	2,91	2,77
Nettovelka (lainakanta-kassavarat)	1,27	1,40	1,87	2,28	2,65	3,03	3,49

* Kuntien kirjanpidon mukaan

** Poikkeamat johtuvat pyöristyksistä.

Lähde: Kunnallistalous vuosina 2003–2007, alustava arvio, päivitetty laskelma 14.2.2003

Vuonna 2003 laskelmien mukainen vuosikate ei riitä kattamaan nettoinvestointien 2 miljardin euron arvioitua vuosittaista tasoa. Se ei siis riitä vuoden 2002 jälkeen käyttöomaisuuden poistojen rahoittamiseen. Vuoteen 2006 mennessä kuntatalouden laskelman

mukainen kehitys johtaa siihen, että kuntien ja kuntayhtymien tulee tehdä ratkaisuja menojen kasvun hillitsemisestä, investointien määrästä, veroprosenteista, palvelurakenteesta ja kuntien välisestä yhteistyöstä.

1.3.3. Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen

Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän peruspalveluteemaryhmä on tuoreessa raportissaan (2003) tarkastellut väestön ikääntymisen vaikutuksia kuntatalouteen. Väestön ikääntyessä julkisen talouden rahoituspohjan kestävyys joutuu koetukselle. Menojen lisääntyessä ja työikäisen väestön vähentyessä kapenee myös veropohja. Tämä lisää tulevaisuudessa paineita verotuksen kiristämiseksi. Suuri osa väestön vanhenemisen tuomista paineista tulee eläkemenojen kasvusta. Työeläkemaksujen korotuspaineen on arveltu olevan 2010-luvun lopusta 2030-luvun alkuun 5 – 7 prosenttiyksikköä. Tämä koskettaa kaikkia alueita samalla tavalla.

Sen sijaan hyvinvointipalvelujen kysynnän kasvusta aiheutuvat julkisten menojen kasvu- ja rahoituspaineet vaihtelevat alueittain johtuen alueiden erilaisista ikärakenteista. Hyvinvointipalvelujen tarpeen ja kysynnän kasvusta johtuen ansio- ja kunnallisverotuksen on arvioitu kiristyvän koko maan tasolla 2030-luvun alussa muutamilla prosenttiyksiköillä. Koska tulonsiirroissa tulevaisuudessa saadaan säästöjä, ei ikääntyminen tuo korotuspaineita valtion tuloverotukseen.

Kunnallisveron korotuspaineet riippuvat siitä, kuinka valtionosuusjärjestelmä kompensoi menojen lisäyksiä. Nykyinen valtionosuusjärjestelmä ohjaa varoja kuntiin, joiden taloudellinen kantokyky on heikko. Esimerkiksi runsaasti sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia saavat kunnat ovat yleensä tulopohjaltaan heikkoja. Ikääntyneiden määrällä ja kuntien heikolla talouden tilalla ei ole nykyisin yhteyttä, joten valtionosuusjärjestelmä toimii kokonaisuutena hyvin.

Vuoteen 2030 ulottuvat laskelmat osoittavat, että pelkkä ikärakenteen muutos nostaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten muutos on suurin kaupungeissa ja kaupunkien läheisellä maaseudulla, jossa väestörakenne on nuorta ja asukasmäärä kasvaa vielä voimakkaasti. Maaseutukunnissa muutos ikääntyneiden kohdalla on pieni, sillä ikärakenne on jo nyt kaupunkien vanhusvoittoisempi. Lasten lukumäärä laskee maaseudulla nopeasti seuraavan kymmenen vuoden aikana, minkä takia lapsiin kohdistuvista palveluista vapautuu voimavaroja. Sekä kaupunki- että maaseutukunnilla on siis tarve rakentaa palveluja ikääntyneille.

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia suhteutetaan työikäisen väestön määrään, nousee kustannusrasitus vuoteen 2030 mennessä kaikissa kuntatyypeissä. Suurinta kustannusrasitus työikäisiä kohti on ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla.

Kaupunkikeskuksissa kunnallisverotettava tulo on 1,6-kertainen verrattuna harvaan asuttuun maaseutuun. Taustalla vaikuttavat väestön erilainen ikärakenne, työssäkäyvien tulotaso sekä työssä käyvien suurempi määrä maaseutuun nähden.

Kunnallisveron alaiset tulot supistuvat maaseutualueilla väestömuutoksen vuoksi voimakkaasti. Kaupunkialueilla sen sijaan verotettavat tulot nousevat, koska työikäisten määrä vielä kasvaa. Maaseutukuntien supistuva veropohja tuo ongelmia, vaikka peruspalvelut turvattaisiin valtiosuusjärjestelmän kautta. Se heikentää kuntien mahdollisuuksia ylläpitää muita kuntalaisten viihtyvyyteen vaikuttavia palveluja.

1.3.4. Sosiaaliturvan rahoitus

Sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä selvittänyt toimikunta (Somera –toimikunta) katsoi mietinnössään (KM 2002:4), että kattava ja tasoltaan riittävä sosiaaliturva on mahdollista turvata myös tulevaisuudessa. Tämä edellyttää kuitenkin johdonmukaista talouskasvua, mikä puolestaan edellyttää mm. työllisyysasteen nostamista, työn tuottavuuden ja kansantalouden kokonaistuottavuuden kohottamista sekä veroasteen pysyttämistä kohtuullisena. Sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta Somera –toimikunta esitti mm. seuraavat viisi sosiaalihuollonkin kannalta keskeistä linjausta:

1. Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut rahoitetaan jatkossakin pääosin verovaroin ja osaksi asiakasmaksuin.
2. Maan sisäinen muuttoliike vaikeuttaa palvelujen järjestämistä sekä väestöä luovuttavilla että vastaanottavilla alueilla. Toimikunnan mielestä onkin palvelujen saatavuuden varmistamiseksi perusteltua vähentää kuntien riippuvuutta suhdanneherkistä tuloista. Valtiosuuden painoa rahoituksessa on lisättävä siten, että kuntien talous on riittävän vakaalla pohjalla ja tehtävien edellyttämällä tasolla.
3. Jopa peruspalvelujenkin turvaaminen edellyttää joko kuntajaotuksen muuttamista tai kuntarajat ylittävää pitkäjänteistä yhteistyötä.
4. Omatoimisuuden ja valinnaisuuden lisäämiseksi vahvistetaan sosiaalipoliittisesti perusteltujen, asiakkaan kautta ohjautuvien rahoitustapojen osuutta.
5. Henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi on investoitava sosiaali- ja terveysalan työvoimaan.

1.3.5. Kansainvälistyminen

Kansainvälistyminen on hyvinvointiyhteiskunnalle haaste. Maailmantalouden kansainvälistyminen ja teknologian kehittyminen ovat vähentäneet kansallisvaltioiden rajojen merkitystä ja yhteiskunnallisessa päätöksenteossa on otettava huomioon kansallisten näkökohtien lisäksi kansainväliset tekijät. Euroopan integraatio tuo mukaan paineita vero- ja palkkakilpailuun ja lisää työvoiman vapaata liikkuvuutta.

Viime vuosien kehitys Euroopan Unionin piirissä tapahtuneessa integraatiossa on osoittanut monet sosiaalipoliittiset uhkakuvat perusteettomiksi. Myös Euroopan integraation sosiaalipoliittinen tulkinta on muuttunut. 2000-luvun alussa käydään uudenlaista keskustelua Euroopan sosiaalisesta mallista. Tässä mallissa keskeistä roolia edustaa avoimen koordinaation menetelmä, jota on sovellettu tai sovelletaan työllisyyspolitiikassa, sosiaalisen syrjäytymisen vastaisessa politiikassa, eläkepolitiikassa, terveydenhuollossa sekä kannustinpolitiikassa.

Euroopan Unionissa tehdään jäsenmaita sitovia ratkaisuja taloudellisissa asioissa, ja ne heijastuvat jäsenvaltioiden sosiaalipolitiikkaan ja sosiaaliturvan rahoitusta koskeviin ratkaisuihin. Työvoiman liikkuvuus edellyttää muutoksia sosiaaliturvan rakenteissa. Maahanmuuttajien määrän kasvu edellyttää sosiaalipalveluilta kykyä tuottaa palveluita eri etnisistä ryhmistä tuleville asiakkaille.

1.3.6. Sosiaalipoliittiset investoinnit elämäntaarella

Edellä kuvatuista kontekstitekijöistä voidaan päätellä, että hyvinkin hoidetun työllisyys- ja talouspolitiikan oloissa tarpeiden ja resurssien välille syntyy jännitteitä. Laajan julkisen hyvinvointivelvoitteen ylläpito edellyttää sekä priorisointia että kansalaisten omavastuun korostamista. Myös sosiaaliturvan klassinen tehtävä, turvallisuuden tarjoaminen riskejä ja muutoksia vastaan, saattaa asettua nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa uuteen valoon.

Eurooppalaisessa sosiaalipolitiikassa keskeinen iskusana koko 1990-luvun on ollut aktiivointi ja aktiivi sosiaalipolitiikka. Käytännössä sillä on tarkoitettu työhön palauttavaa politiikkaa, virran kääntämistä sosiaaliturvasta työhön. Samalla on koettu tarpeelliseksi uudelleen määrittää sekä valtion että yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia toimintakyvyn ja toimeentulon turvaamisen osalta.

Käytännössä edellä kuvattu sosiaalipolitiikan eräänlainen paradigman muutos korostaa kansalaisten omavastuun lisäämistä aktiivin työiän vaiheessa ja vielä niin, että tätä aktiivikautta, työelämässä pysymistä, tulisi jatkaa usealla vuodella. Elinkaaren alkupäähän investoiminen pysyy keskeisenä myös kunnallisessa hyvinvointipolitiikassa. Sillä on vahvaa ennaltaehkäisevää merkitystä. Kiistatonta on myös, että väestön ikääntyminen kallistavat sosiaalipoliittisten investointien painopistettä yhä selvemmin elinkaaren loppupäähän. Tämä on sitä mahdollisempaa, mitä terveempänä, toimintakykyisempänä ja omillaan toimeen tulevampana väestö pystyy aktiivivuosinaan olemaan.

Sosiaalipolitiikan paradigman muutoksen mukaisesti työ- ja toimintakyvyn ylläpidon ja kehittämisen sekä omavastuun ja aktiivisuuden kehittämisen tärkeänä edellytyksenä on se, että yhteiskunnalliset palvelujärjestelmät toimivat tehokkaasti ja aktiivisesti. Toimintakykyisyys koskee siis myös palvelujärjestelmää. Viime vuosikymmeninä luodut palvelut ovat vielä liiaksi sektorirajojen sisällä toimivia, liian passiivisia, usein vain reagoivaan työtapaan tottuneita.

1.3.7. Uusien palvelukonseptien mahdollisuudet ja rakenteelliset muutokset

Palveluiden kehittämisessä tulisi painottaa nykyistä enemmän koko palvelujärjestelmän modernisoinnin tarpeita. Teollisen yhteiskunnan kaudella luodut palvelukonseptit ovat toimineet tehokkaasti näihin päiviin saakka. Ongelmiksi ovat tulleet työnjaon ja yhteistyön kysymykset, henkilöstön osaamisen tason säilyttäminen ja kehittäminen ja palveluiden tehokkuus ja vaikuttavuus. Informaatioyhteiskunnan palveluissa korostuvat yhä enemmän yksilöllisten tarpeiden huomioonottaminen, aktiivisuus ja kyky tukea ihmisiä toimintakyvyn säilyttämisessä. Tämä edellyttää palvelujärjestelmältä kykyä joustavaan mukautumiseen, innovatiivisuutta ja verkostomaista työskentelyotetta.

Suomalainen sosiaalihuolto perustuu nyt ja vastakin palvelujen julkiseen järjestämisvastuuseen ja myös pääosin julkiseen palvelutuotantoon. Järjestöjen ja muiden voittoa tavoittelemattomien organisaatioiden osuus kokonaispanoksesta on arvioitu 17 prosentiksi. Yrityspohjaisen tuotannon osuus puolestaan on vain viisi prosenttia. Tämä palvelutarjonnan tietty monotonisuus on seurausta paitsi asiakkaiden rajoitetusta ostovoimasta, myös sosiaalipalvelujen (ml. hoivapalvelut) rahoituksen kaksikanavaisuudesta; rahoitus tulee pääosin verorahoituksesta ja verrattain vähäiseltä osin asiakasmaksuista. Kolmatta kanavaa ei ole.

Mitä lisäarvoa palvelujen kokonaisuuteen ja laajemmin kansantalouteen toisivat markkinaehtoisesti tuotetut sosiaalipalvelut sekä julkisen tuotantomonopolin alistaminen kilpailuun? Yleensä vastaus on laadun paraneminen, asiakkaan valinnan mahdollisuuksien lisääntyminen ja kokonaiskustannusten aleneminen.

Keskeisiä sosiaalipalveluja ja niitä tarvitsevia väestöryhmiä markkinaehtoista palvelumallia vasten arvioitaessa keskeisiksi nousevat seuraavat kaksi kriteeriä: riittävä ostovoima (maksukyky) sekä edellytykset valvoa omaa etua eri vaihtoehtoja punnittaessa. Käsityksemme mukaan kaksi keskeistä sosiaalipalvelujen käyttäjäryhmää täyttää molemmat ehdot: päivähoitopalveluja tarvitsevat lapsiperheet ja moninaisia tukipalveluja tarvitseva vanhusväestö. Lasten päivähoitossa asiakkaan asema on vahva ja turvattu ja lapsiperheiden ostovoima on merkittävä myös markkinoilla. Oikeastaan ainoa rajoitus on laskeva kysyntä: verrattain alhaisen syntyvyyden oloissa lasten päivähoitoon muodostuu jo julkisella sektorilla ylikapasiteettia. Vanhusten huollon osalla kysyntä on kasvava. Myös vanhustalouksien ostovoima on merkittävä ansioeläkkeiden kypsymisestä johtuen. Vanhusten puolella keskeisin markkinaehtoisen tuotannon rajoitustekijä on tietty epävakaas kuluttajasuvereniteetti; erityisesti iäkkäämpien vanhusten edellytykset hallita monimutkaista kilpailuasetelmaa saattavat olla rajoitetut. Näiden rajoitusten vallitessakin ovat käsityksemme mukaan erityisesti eri tyyppiset tukipalvelut, kotipalvelu ja palveluasuminen yksityisen palvelutuotannon markkinarako.

Markkinaehtoisesti tuotettujen palvelujen vaihtoehdot ovat perinteinen ostopalvelumalli sekä palveluseteli. Ostopalvelumallissa vallitsee kunnan täydellinen kontrolli ja asiakkaan hinta on sama kuin kunnan itse tuottaman palvelun. Setelirahoitetussa palvelussa vaihtoehtoja on ainakin kaksi: kunta myöntää palvelusetelin tilanteessa, jossa se ei itse voi tuottaa asiakkaan tarvitsemaa palvelua tai kunnan oma tuotanto on osin tai kokonaan palvelusetelirahoitteista. Palvelusetelijäattelussa setelin arvo sekä asiakkaan oma maksuosuus yhdessä muodostavat yksityisesti tuotetun palvelun hinnan eli tuotantokustannukset lisättynä katteella. Valinnanvapaus syntyy vain, mikäli asiakkaalla on mahdollisuus valita palvelusetelin ja kunnan tuottaman palvelun välillä. Tämän jälkeen on osin asiakkaan omassa vallassa, missä määrin kunnallista palvelumaksua enemmän tai vähemmän hän on valmis maksamaan yksityisestä palvelusta saadakseen esimerkiksi lisää laatua.

Eräs keskeinen markkinaehtoista tuotantoa rajoittava tekijä hoivapalveluissa on ns. kolmannen rahoituskanavan puuttuminen. Käsityksemme mukaan hoivapalveluiden uusia rahoitusratkaisuja tulee edelleen selvittää.

2. SOSIAALIPALVELUIDEN SAATAVUUDEN JA LAADUN PARANTAMINEN

2.1. Lapset ja lapsiperheet

Lapsiperheisiin kuului vuosituhannen alussa 45 prosenttia Suomen väestöstä. Vastavasti viidesosa väestöstä on lapsia - Suomessa on 1.1 miljoonaa alle 18-vuotiasta lasta. Valtaosa lapsista voi hyvin.

Valtioneuvoston keväällä 2002 antaman, lasten ja nuorten hyvinvointia arvioivan selonteon mukaan pienekköä vähemmistöä lapsiperheistä kuormittavat erilaiset psykososiaaliset ongelmat ja huono-osaisuus. Lisäksi uusimman tutkimuksen mukaan köyhyyden riski on kasvanut ennen muuta pienten lasten perheissä.

Lapsiperheiden ongelmiin vastaaminen vaatii yhteiskunnan palvelujärjestelmältä muutoksia. Palvelujärjestelmän on entistä paremmin kyettävä ehkäisemään ennalta ja tunnistamaan varhain lapsiperheiden ongelmia ja kyettävä tehokkaammin katkaisemaan lapsen monesti ylisukupolvinen huono-osaisuus. Varhainen puuttuminen on niin inhimillisesti kuin yhteiskunnan resurssien säästön kannalta ensisijainen toimintatapa.

2.1.1. Lasten päivähoito ja muut varhaiskasvatuspalvelut

Lasten varhaiskasvatuspalveluiden monipuolistaminen

Kansainvälisesti katsottuna Suomessa on monipuolinen ja kattava pienten lasten hoitojärjestelmä. Oikeus kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan on ollut alle kolmevuotiailla lapsilla vuodesta 1990 lähtien ja vuonna 1996 oikeus laajennettiin koskemaan kaikkia alle kouluikäisiä. Oikeus maksuttomaan esiopetukseen toteutettiin vuonna 2000. Kunnan järjestämän päivähoidon vaihtoehtona vanhemmat voivat valita alle 3-vuotiaalle kotihoidon tuen ja alle kouluikäiselle yksityisen hoidon tuen. Varhaiskasvatuksella on hoidollisia, kasvatuksellisia ja opetuksellisia tavoitteita. Varhaiskasvatus on osa elinikäistä oppimista ja varhaiskasvatuksella pyritään vahvistamaan lasten elämäntaitoja.

Kunnan järjestämässä päivähoidossa oli vuonna 2001 noin 46 prosenttia alle kouluikäisistä lapsista. Heistä päiväkodeissa on 65 prosenttia, perhepäivähoidossa hoitajan kotona 28 prosenttia ja ryhmäperhepäivähoidossa 7 prosenttia. Päiväkodeissa hoidettavien lasten määrä on kasvanut huomattavasti viime vuosikymmeninä. Kunnan järjestämä leikkitoiminta ja avoin päiväkotitoiminta tarjoaa tukea ja toimintaa erityisesti kotona oleville lapsille ja vanhemmille, perhepäivähoitajille ja heidän lapsiryhmilleen sekä pienille koululaisille. Kuntien järjestämän leikkitoiminnan ja avoimen päivähoidon osuus on huomattavasti vähentynyt 1990-luvulla. Avointa päiväkotitoimintaa järjesti vain 14 prosenttia kunnista vuonna 2001. Perhepäivähoidon saatavuutta tulee lisätä tekemällä perhepäivähoitajan työstä houkuttelevampi parantamalla työolosuhteita ja työn ohjausta. Avoimen päivähoidon ja leikkitoiminnan saatavuutta tulee parantaa, jotta kotihoidossa oleville lapsille ja vanhemmille taataan riittävä yhteiskunnan tuki.

Lasten iltapäivähoitoa järjestävät kuntien lisäksi järjestöt ja yhdistykset. Perheiden tarve koululaisten aamu- ja iltapäivähoitoon on suurempi kuin tarjonta. Koululaisten iltapäivähoidon järjestäminen edellyttää paikallisia ratkaisuja, joissa yhteistyössä opetustoimen, järjestöjen ja yksityisten palvelutuottajien kanssa turvataan riittävä palvelujen tarjonta kunnassa.

Päivähoidon lainsäädäntöön kohdistuu suuria muutospaineita, joita on nostettu esiin valtioneuvoston vahvistamassa Varhaiskasvatuksen valtakunnallisissa linjauksissa. Erityisesti on kaivattu uudistusta, jossa samaan lakiin sisällytettäisiin koko pienten lasten hoito, kasvatusta ja opetus. Nykyisessä lainsäädännössä ei erityistä tukea ja kasvatusta tarvitsevien lasten asemaa ole riittävästi huomioitu. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee parhaillaan palvelulainsäädännön kehittämisohjelmaa, johon lasten päivähoitoa koskevan lainsäädännön uudistaminen sisältyy.

Päivähoidon lainsäädäntöä muutettiin määräaikaaisesti tänä vuonna siten, että kunta voi järjestää päivähoitoa haluamansa hallintokunnan alaisuudessa. Kunnan päivähoitoa hallinto tulisi järjestää siten, että päivähoitossa säilyy kokonaisvaltainen ja moniammatillinen näkemys lapsesta. Päivähoidon hallinnossa on kyettävä yhdistämään päivähoitoa keskeiset elementit: hoito, kasvatusta ja opetus.

Pysyvien kiintymyssuhteiden turvaaminen lapselle

Vanhemmilla on ensisijainen vastuu lapsestaan ja päivähoitoa tulee tukea tätä kiintymyssuhdetta. Vanhempien ja päivähoitoa kasvatuksellista kumppanuutta tulee edistää ja vanhempien kanssa tehty hoito- ja kasvatussuunnitelma tulee ottaa lapsen päivähoitoa perustaksi. Päivähoidon henkilöstön kykyä tukea vanhempia kasvatustehtävässään tulee vahvistaa. Tämä edellyttää sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden työntekijöiden osuuden lisäämistä päivähoitossa.

Lasten päivähoito on kodin ja koulun ohella lapsen tärkeimpiä kehitysympäristöjä. Suuri osa lapsista viettää arkisin lähes koko valvella oloaikansa päivähoitossa. Päivähoito-kasvatusta on merkittävä osa suomalaisen lapsen kokemusmaailmaa. Lapsen kasvun ja kehityksen kannalta on olennaista turvata lapselle pitkäaikaiset, pysyvät ihmissuhteet myös päivähoitossa. Kunnan päivähoitoa organisoimisen epäonnistuessa lasta voivat pahimmillaan kuormittaa useat turhat päivähoitopaikan, hoitohenkilöstön tai lapsiryhmän vaihdokset. Lapsen kiintymyssuhteiden turvaamiseksi lapsella tulee olla oma, nimetty kasvatushenkilö. Tavoitteena henkilöstön ja tilojen käytössä tulee olla, että hoito-päivän aikana toimitaan pienryhmissä.

Lasten päivähoitoa henkilöstön määrä suhteessa lapsiin vähentyi 1990-luvulla, mutta tilanne on viime vuosina parantunut. Päiväkotien lapsiryhmäkoot ovat paikoin kasvaneet lapsen kannalta liian suuriksi. Kasvatushenkilöstön määrää lisäämällä yksittäisen lapsiryhmän kokoa on voitu kasvattaa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton vuonna 2001 tekemään päivähoitoa selvitukseen vastanneista kunnista 63 prosenttia esitti muutoksia päiväkodin henkilöstömitoitukseen. Yleisin tarkennusesitys oli, että lapsiryhmille tulisi asettaa enimmäiskoko. Päivähoitoasetuksessa säädellään tällä hetkellä vain lasten ja aikuisten suhdeluku.

Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevat lapset

Suurimmassa syrjäytymisvaarassa olevat lapset ovat tunnistettavissa jo päivähoidossa. Päivähoidon merkitys varhaisessa puuttumisessa ja tuen tarjoamisessa on erityisen tärkeä, sillä päivähoito tavoittaa huomattavan osan ikäluokasta ja lapsi voi olla päivähoidossa jopa 10 tuntia päivässä. Varhaiskasvatuksella on merkittävä vaikutus oppimisvaikeuksien ennaltaehkäisyssä ja korjaamisessa ja sitä kautta syrjäytymisen ehkäisyssä.

Erityistä hoitoa ja kasvatusta saavia lapsia oli vuonna 2001 n. 12 700 eli noin 6 prosenttia kaikista päivähoidossa olevista lapsista. Päivähoitoa koskeva nykyinen sääntely ei ole riittävässä määrin turvannut erityisen tuen tarpeessa olevien lasten tarvitsemia palveluja ja tukitoimia päivähoidossa. Monissa kunnissa ei ole pystytty tarjoamaan lapselle hänen tarvitsemiaan tukitoimia. Lasten hoitoa vaikeuttaa myös päivähoidon henkilökunnan puutteelliset konsultaatiomahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön kunnille tekemän kyselyn perusteella erityislastentarhanopettajan konsultaatioita oli 70 prosentissa suurissa kunnissa liian vähän saatavana ja pienistä kunnista 70 prosentilla ei ollut lainkaan mahdollisuutta erityislastentarhanopettajien konsultaatioon. Erityistä hoitoa tarvitsevan lapsen tukena toimivat erityisavustajat ovat pääsääntöisesti määräaikaissä työsuhteessa, vaihtuvuus on suurta ja heiltä puuttuu ammatillinen koulutus. Lapsen kehityksen kannalta olennainen ihmissuhteiden jatkuvuus kärsii huomattavasti avustajien vaihtuvuuden vuoksi.

Erityislastentarhanopettajan konsultaatio ja muut asiantuntijapalvelut tulee taata kaikissa kunnissa ja tarvetta vastaavasti. Palvelut tulee tarvittaessa järjestää seudullisena yhteistyönä. Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitseville lapsille tulee taata koulutetut ja vakituiset avustajat.

Toimenpide-ehdotus 1:

Varhaiskasvatuspalvelujen monipuolisuutta tulee lisätä, jotta perheet voivat valita tarpeisiinsa parhaiten sopivan palvelun. Vanhemmuuden ja perheiden kasvatustyön tukeminen ja varhainen puuttuminen lapsiperheiden kasvatusvaikeuksiin tulee ottaa päivähoidon yhdeksi painopistealueeksi.

Lapsen tarve pysyviin ihmissuhteisiin tulee huomioida koko kunnan päivähoidon ja yksittäisen päiväkodin toiminnan organisoinnissa. Päiväkodin enimmäisryhmäkoko kokopäivähoidossa esitetään rajattavaksi siten, että samanaikaisesti voi olla läsnä enintään se määrä lapsia, joista kolme hoito- ja kasvatusvastuussa olevaa henkilöä voi vastata.

Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten asemaa on parannettava päivähoidossa.

2.1.2. Lapsiperheiden ehkäisevät ja psykososiaaliset palvelut

Lapsiperheiden syrjäytymistä ehkäisevä kotipalvelu

Lapsiperheille suunnattua, ennaltaehkäisevää kotipalvelua on vähennetty kunnissa 1990-luvulla. Vielä kymmenisen vuotta sitten noin 60 000 lapsiperhettä sai kunnallista kotipalvelua, mutta vuosikymmenen lopussa määrä oli laskenut n. 20 000 lapsiperheeseen. Lapsiperheiden kotipalvelun vähenemisen taustalla on mm. päivähoidon käytön kasvaminen, kotipalvelun kohdentuminen vanhustalouksiin ja lastensuojelun perhetyön lisääntyminen. Lapsiperheiden kotipalvelussa lähihoitaja tukee ja ohjaa vanhempia ja perhettä kotona arjen toiminnoissa, lastenhoidossa, ruuanlaitossa ja laskujen hoitamisessa. Kotipalvelu on ennaltaehkäisevää ja suunnattu perheille, joilla ei vielä ole suuria ongelmia. Lapsiperheillä voi olla vaikeuksia suoriutua arjesta esim. vanhempien sairauksien, uusavuttomuuden tai yksinhuoltajuuden vuoksi. Perheen kodissa työskentelevän lähihoitajan antama arkinen apu ja ohjaus perheessä voi parhaimmillaan estää lastensuojelun tarpeen syntyminen. Lapsiperheiden kotipalvelulle on tarpeen luoda toimiva yhteistyö neuvolan, sosiaalityön ja muiden sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa. Näiden tahojen kautta voidaan palvelujen piiriin ohjata tukea tarvitsevat perheet ja toisaalta varmistetaan tarvittaessa riittävä moniammatillinen konsultaatio.

Lapsiperheiden psykososiaalisten palveluiden uudelleen järjestäminen

Lapsiperheiden psykososiaalisten palvelujen järjestelmä on tällä hetkellä pirstaleinen ja avun tarpeessa olevan lapsiperheen näkökulmasta vaikeasti hahmotettava. Palvelujärjestelmässä on korkeatasoista ammatillista osaamista ja myös hyvin toimivia yksiköitä, mutta yksiköt ovat usein liian eriytyneitä eikä niiden toiminta integroidu riittävästi lapsiperheiden hyvinvointia tukevaksi kokonaisuudeksi. Palvelujen saatavuudessa on huomattavia alueellisia eroja eikä peruspalvelujen ja erityispalvelujen työnjako toimi joustavasti. Käytännössä peruspalvelujen riittämättömyys näkyy myös jonoina erityispalveluihin: perheneuvoloihin ja lastenpsykiatrian yksiköihin. Alueilla, missä perheneuvolapalveluja ei ole saatavilla, paine kohdistuu lähes yksinomaan lasten psykiatriaan. On myös viitteitä siitä, että erityispalvelujen tarve ei tule kaikilla alueilla edes näkyviin peruspalvelujen puutteiden takia.

On ilmeistä, että sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ei pystytä riittävästi tukemaan vanhemmuutta ja puuttumaan perheiden psykososiaalisiin ongelmiin. Näihin haasteisiin on kiinnitetty huomiota lukuisissa hankkeissa, joissa on kehitetty psykososiaalisia ja vanhemmuuden tukemiseen liittyviä palveluja mm. erilaisia varhaisen puuttumisen lähestymistapoja. Uutta ajattelua edustavat erityisesti ne hankkeet, joissa organisatoriset kysymykset ja pitäytyminen ammatilliseen hoito-orientaatioon on jätetty taka-alalle ja on lähdetty ennakkoluulottomasti etsimään uusia tapoja yhdistää voimavaroja ja eri toimijoiden osaamista lapsiperheiden hyvinvointia tukevaksi palvelukokonaisuudeksi.

Alla on esiteltynä uudenlaisia työtapoja lasten psykososiaalisten palveluiden järjestämiseksi:

- 1) Sosiaali- ja terveysministeriön lastenneuvolatyöryhmä on valmistellut valtakunnallisen oppaan neuvolatyön kehittämiseksi ja esittää siinä, että kunnassa tai suuremmalla alueella lapsiperheille tarkoitettut palvelut kootaan nk. perhepalvelukeskukseen tai –verkostoon. Perhepalvelukeskuksen toiminta-ajatuksena on kodin, neuvolan, päivähoidon, sosiaalityön ja terveydenhuollon sekä paikallisista olosuhteista riippuen myös järjestöjen ja seurakuntien yhteistyön kehittäminen. Tässä mallissa lastenneuvola kuuluisi perhepalvelukeskukseen tai –verkostoon, mutta jatkaisi toimintaansa nykyiseltä pohjalta. Terveystoimittajan ja lääkärin lisäksi neuvoloihin lisättäisiin sosiaalialan osaamista vahvistamalla työryhmää perhetyöntekijällä, joka toimisi terveydenhoitajan työparina tukea tarvitsevilla perheillä ja tarvittaessa myös perheen yhdyshenkilönä päivähoitoon ja kouluun. Perhepalvelukeskuksen keskeinen toiminta-ajatus on siten hyödyntää peruspalvelujen normaalikäytön kautta avautuvaa ennalta ehkäisyä ja varhaisen puuttumisen mahdollisuutta.
- 2) Hyvinvointineuvolamalli perustuu ajatukseen kunnan laajasta hyvinvointipoliittisesta vastuusta, johon kuuluu myös lapsiperheiden toimeentulon ja asumisen tukeminen. Hyvinvointineuvola –mallissa pääpaino on kehitysyhteisöjen (perhe, päivähoito, koulu, harrastukset) tukemisessa ja lapsiasiakkuuden vähentämisessä. Malli perustuu vanhemmuutta tukevaa koko perheen hyvinvointineuvolaan ja peruspalvelutiimeihin, joissa yhdistyy terveyden, sosiaalityön ja mielen-terveystyön asiantuntemus. Peruspalvelutiimien päätehtävä on kehitysyhteisöjen tukeminen. Eriytyneet palvelut kuten perhe- ja kasvatusneuvolat, avohoitosuuntautunut lastenpsykiatria ja nuorisovastaanotot yhdistetään mallissa noin 30 000 - 100 000 asukkaan väestölle tarkoitetuiksi perhe- ja nuorisokeskuksiksi. Perhe- ja nuorisokeskusten päätehtävänä on tukea peruspalvelutiimejä työhöjauksella, konsultaatioilla ja tarvittaessa myös asiakastyöllä. Vasta kolmantena tasona ovat erikoistuneet palvelut kuten lasten psykiatria, lastentaudit ja lastensuojelun sijaishuolto. Esitetty malli on toteutettavissa toiminnallisena ratkaisuna ja kokonaisuutena myös ilman hallintomuutoksia.
- 3) Voimavarojen hallinnollisesti joustavaan kokoamiseen on pyritty myös esillä olleissa ”Lasten talo-” ja resurssipesä –malleissa. Koulujen oppilashuollossa moniammatillista yhteistyötä on kehitetty mm. hankkeissa, joissa kouluun on sijoitettu perhetyöntekijä. Samoin on muodostettu erilaisiin akuutteihin ongelmatilanteisiin moniammatillisia ”matriisiryhmiä”, joissa työntekijät liikkuvat joustavasti myös toisen hallintokunnan alueella.

Kaikissa edellä kuvatuissa esimerkeissä tavoitteena on asiakaslähtöinen perus- ja erityispalvelujen toiminnallinen kokonaisuus. Toiminnallisen palvelukokonaisuuden ja sen hallinnollisen organisoinnin toteutuksessa tulee huomioida paikalliset erityisolosuhteet eikä toimiviksi osoittautuneita paikallisia ratkaisuja ole syytä purkaa.

Toimenpide-ehdotus 2:

Sosiaali- ja terveysministeriön neuvolatyöryhmän ehdotusten suuntaisesti vahvistetaan neuvoloiden perustyöryhmiä perhetyöntekijöillä.

Perheille tarkoitetuista perustason palveluista kootaan erityiset perhepalveluverkostot, joiden tehtävänä on sekä ammatillisen yhteistyön parantaminen että lasten tärkeimpien kasvuyhteisöjen, kodin, koulun ja päivähoidon tukeminen. Erityistason psykososiaaliset palvelut, ennen muuta lastenpsykiatrinen avohoito ja sosiaalihuoltolain tarkoittamat kasvatus- ja perheneuvolat yhteensovitetään toiminnalliseksi kokonaisuudeksi.

Lapsiperheille suunnattua ennaltaehkäisevää, varhaisen puuttumisen ja tuen mahdollistavaa kotipalvelua lisätään.

2.1.3. Lastensuojelun kehittäminen

Suurin osa suomalaisista lapsista ja lapsiperheistä voi hyvin. Samanaikaisesti monet mittarit osoittavat, että osa lapsista on 1990-luvulla alkanut voida yhä huonommin. Lastensuojelun avohuollon piirissä olevien lasten määrä oli vuonna 1992 23 500 lasta ja vuonna 2001 jo 49 600 lasta. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kasvanut vuosikymmenessä lähes 40 prosenttia ja heitä oli n. 13 500 vuonna 2001. Erityisesti on kasvanut yli 12-vuotiaitten huostaanotot. Lasten pitkäaikainen sijaishuolto on perinteisesti järjestetty yksityisperheissä, mutta sen osuus on voimakkaasti pienentynyt. Kasvu on suuntautunut ammatilliseen perhehoitoon.

Huostaanoton taustalla on useimmiten vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat ja perheväkivalta, jotka johtavat lapsen hoidon laiminlyönteihin. Lisääntyvien nuorten sijoitusten taustalla on yleensä kouluvaikeuksia, rikollisuutta ja huumeiden käyttöä. Sijoitettujen lasten mielenterveyden ongelmat ovat kasvaneet 1990-luvulla ja yli puolet lastenkoteihin sijoitetuista lapsista olisi tarvinnut lastenpsykiatrasta apua (Hukkanen 2002). Mirjam Kallandin tutkimuksen mukaan huostaanotettujen lasten kuolleisuusriski on moninkertainen muihin lapsiin verrattuna. Etnisiin vähemmistöihin kuuluvat lapset ja nuoret muodostavat kasvavan ryhmän lastensuojelussa. Erityinen haaste palvelujärjestelmälle on sukupolvesta toiseen kulkevan lapsen kaltoin kohtelun ketjun katkaiseminen. Arvioiden mukaan joka viides nainen kokee tämänhetkisessä parisuhteessaan fyysistä väkivaltaa. Tämän perusteella laskien Suomessa on noin 200 000 väkivallan ja pelon ilmapiirissä elävää lasta. Ehkäisemällä perheväkivaltaa ja lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa voidaan usein katkaista sukupolvelta toiselle jatkuva väkivallan kierre.

Lastensuojelun tarpeessa olevista lapsista ja nuorista suurin osa asuu kaupunkimaisissa kunnissa ja palvelujen tarve on suuri. Sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus ja pula lastensuojeluun perehtyneistä, pätevistä ja kokeneista sosiaalityöntekijöistä vaikeuttaa vakavasti lastensuojelutyötä koko maassa.

Suurten kaupunkien ulkopuolella on vaikeutena erityisesti lastensuojelun osaamisen ja erityispalvelujen saatavuus. Lastensuojelun palvelutuotanto ja – ketju on järjestettävä alueellisesti koordinoituina kokonaisuuksina. Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa tehtyihin sopimuksiin pohjautuen sosiaalialan osaamiskeskuksen tai muun alueellisen toimijan tulee käynnistää alueensa kuntien kanssa valmistelun, jonka tavoitteena on kehittää seudullisesti toimiva palvelurakenne ja saumaton palveluketju. Jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla riittävä ja monipuolinen tarjonta lastensuojelun erityispalveluita ja erityisosaamista.

Lastensuojelun osaamista tulisi painottaa sosiaalityöntekijöiden perus- ja täydennyskoulutusohjelmissa. Tutkittuun ja arvioituun tietoon pohjautuvien työmenetelmien käyttöä on lisättävä osana sosiaalialan Hyvät käytännöt –hanketta. Lastensuojelun kehittämisessä erityistä huomiota vaativia asioita ovat lastensuojelun tarpeen selvittämisen edellyttämien tutkimus- ja arviointimenetelmien osaaminen, huostaanoton valmistelussa tarvittava osaaminen, riittävän monipuolisen hoitopaikkakokonaisuuden tuottaminen ja niiden saatavuus sekä jälkihuollon palvelujen saatavuus. Lastensuojelulakia ja -asetusta tulee muuttaa siten, että sosiaalityöntekijällä on velvollisuus laatia kartoitus lapsen tilanteesta ja tarvitsemista tukitoimista yhteistyössä lapsen, lapsen läheisten ja muitten viranomaisten kanssa, kun lapsen terveys ja kehitys uhkaa vakavasti vaarantua. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin tulee antaa tarkemmat ohjeet alkuarviossa käytettävistä toimintamalleista. Lastensuojelun laatusuosituksien luomisella voidaan tukea kuntien kehittämistyötä. Lastensuojelun asiakasperheitä arjessa tukevaa perhetyötä tulee myös edelleen menetelmällisesti kehittää, huomioiden erityisesti vauvaperheiden tarpeet ja yhteistyö lastenpsykiatrian kanssa.

Lasten tarpeita vastaavia sijaishuoltopaikkoja ei ole riittävän oikea-aikaisesti saatavilla ja sijaishuollon yksiköiden ja sijaisperheiden kyky ja resurssit vastata lasten tarpeisiin on monin paikoin riittämätön. Sijaishuollon edellytyksiä vastata lasten tarpeisiin tulee parantaa. Lasten sijaishuollon yksiköissä on lisättävä lapsi- ja nuorisopsykiatrisen koulutuksen saaneiden ja muiden erityistyöntekijöiden osuutta. Sijaishuollon yksiköiden henkilöstömitoituksia tulee nostaa riittävälle tasolle ja perhehoitajien valmennus-, tuki- ja koulutusmahdollisuuksia parantaa.

Kaikkein heikoimmassa asemassa olevien lasten palvelujärjestelmässä on huomattavia aukkoja ja lainsäädäntö vaatii perusteellista uudistamista. Vakava ongelma on huostaanotettujen lasten vaihtuvat sijaishuoltopaikat, jolloin toistuvasti katkeavat ihmissuhteet traumatisoivat lasta lisää. Huostaanotettujen lasten jälkihuolto ei monin paikoin toimi lainsäädännön edellyttämällä tavalla.

Lastensuojelulain kokonaisuudistus tulee käynnistää ensitilassa sosiaali- ja terveysministeriössä. Lastensuojelulain keskeisimpiä uudistamista vaativia kohtia ovat mm. asiakkuusprosessin vaiheiden selkiyttäminen, tahdonvastaisen huostaanoton ensiasteen päätöksenteon siirtäminen sosiaalilautakunnilta hallinto-oikeuksille ja pysyvän huostaanoton tai adoption mahdollisuuden selvittäminen.

Toimenpide-ehdotus 3:

Lasten psykososiaalisten ongelmien vähentäminen ja lastensuojelun kehittäminen tulee nostaa kansalliseksi, usean vuoden ohjelmaksi, johon mm. selvityshenkilöiden kehittämis ehdotukset nivotaan.

Lastensuojelun sosiaalityössä on vahvistettava lapsen näkökulmasta tehtävää perusteellista alkukartoitusta ja lastensuojelun tarpeen selvitystä, jonka pohjalta tarvittavat tukitoimet suunnitellaan.

Lastensuojelun palvelutuotanto ja palveluketju on järjestettävä alueellisesti koordinoituina kokonaisuuksina. Lastensuojelun sosiaalityöntekijän vaativimmat tehtävät, esim. huostaanoton valmistelu tulee keskittää tähän

tehtävään erikoistuneelle ja kokemusta omaavalle työntekijälle, tarvittaessa seudullisin järjestelyin.

2.2. Aikuisten palvelut

Aikuisten palvelu –luvussa on käsitelty vammaisten, kehitysvammaisten, päihdeongelmaisten ja pitkäaikaistyöttömien palveluita. Vaikka vammaisia ja kehitysvammaisia henkilöitä kuuluu kaikkiin ikäryhmiin, on heidän asioitaan käsitelty tässä luvussa.

2.2.1. Vammaiset ja kehitysvammaiset

Seudullisen yhteistyön lisääminen palvelujen tuottamisessa

Vammaisten palveluiden suurimpia ongelmia on alueellinen eriarvoisuus. Lainsäädäntö takaa vammaisille kattavat subjektiiviset oikeudet, mutta käytännössä vammaisten saamat palvelut vaihtelevat kunnittain. Lakeja sovelletaan eri tavoin ja palvelut saattavat jäädä saamatta. Alueellisen eriarvoisuuden syynä ovat kuntien taloudelliset vaikeudet ja osaamisen puute. Pieniin osiin pirstoutunut ja hajanainen palvelujärjestelmä ei mahdollista alan asiantuntemuksen kehittymistä.

Henkilökohtainen avustajajärjestelmän kehittäminen

Vammaispalvelulain mukaan ns. subjektiivisia oikeuksia ovat kuljetuspalvelut, tulkkipalvelut, palveluasuminen, asunnon muutostyöt sekä asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkiminen. Kunnan näkökulmasta katsottuna muut palvelut ja etuudet ovat ns. määrärahasidonnaisia. Näihin kuuluu mm. henkilökohtainen avustaja.

Kuljetuspalvelut muodostavat vammaispalvelulain perusteella myönnettyistä palveluista asiakasmääriltään suurimman. Kuljetuspalveluita sai vuonna 2001 yli 70 000 henkilöä. Vammaisjärjestöt ovat korostaneet, että kuljetuspalveluita tulee kehittää huomioiden vammaisen henkilön yksilölliset tarpeet. Kuntien edustajat ovat nostaneet esiin, että vammaispalvelulain mukainen kuljetustuki on muodostumassa vanhusten kuljetuspalveluksi ja julkisen liikenteen aukkojen korjaajaksi.

Kuntien edustajat ovat nostaneet esiin, että subjektiiviset oikeudet vievät resursseja pois muista, mahdollisesti tarpeellisista palveluista. Henkilökohtaisen avustajan saamismahdollisuuksissa on suuria alueellisia eroja. Vammaisjärjestöt ovat esittäneet, että henkilökohtainen avustajajärjestelmä tehtäisiin subjektiiviseksi oikeudeksi ja siitä kunnille aiheutuvia kustannuksia tasattaisiin. Henkilökohtaisen avustajatoiminnan asiakkaita oli vuonna 1990 noin 1300 ja vuonna 2001 n. 3 100 henkilöä. Asiakasmäärien vuosittainen kasvu on ollut viime vuosina n. 9 prosenttia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä (2002:9) esitti henkilökohtaisen avustajajärjestelmän kehittämistä kustannusten tasausjärjestelmän avulla. Kunnille korvattaisiin henkilökohtaisesta avustajasta aiheutuneista kustannuksista 20 viikkotuntia ylittävältä osin 70 prosenttia. Kansaneläkelaitos hallin-

noisi kustannustasausta ja lisärahoitus osoitettaisiin siirtämällä arviomääräraha kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuudesta.

Kohti uutta yhdennettyä lainsäädäntöä

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta on säädetty vuonna 1977 ja vammaispalvelulaki vuonna 1987. Nykyinen lainsäädäntö on pirstaleinen ja vaikeasti hallittava jopa alan ammattilaiselle. Kehitysvammalaki tarvitsee kokonaisuudistuksen ja yhteensovittamisen erityisesti vammaispalvelulain, sosiaalihuoltolain ja mielenterveyslain kanssa. Muita lainsäädännön kehittämistarpeita ovat mm. kehitysvammaisen oikeus valita kotipaikkansa, kehitysvammaisten perus- ja ammatillisissa opinnoissa tarvittavien tukitoimien takaaminen sekä kehitysvammaisten palveluiden ohjaus- ja koordinaativastuun järjestäminen.

Kehitysvammahuollon rakenteiden uudistaminen

Suomessa on 17 erityishuoltopiiriä. Kunnilla on lakisääteinen velvollisuus kuulua erityishuoltopiiriin, mutta palvelujen ostovelvoitetta ei ole. Kunnat ovat lisänneet omaa tuotantoaan, perustaneet palveluja tuottavia säätiöitä tai ostavat palvelut järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Seudullinen palvelutuotanto on lisääntymässä. Näiden muutosten seurauksena erityishuoltopiireiltä ostettavien palveluiden määrä on vähentynyt ja osa erityishuoltopiireistä on ajautumassa taloudellisesti kestävämmään tilanteeseen. Kehitysvammahuollossa hallinnollisia rakenteita ja työnjakoa tulee uudistaa tehokkaammaksi ja vastaamaan kuntien muuttuneita palvelutarpeita. Kuntien lakisääteinen velvollisuus kuulua erityishuoltopiiriin ei vastaa tulevaisuuden haasteisiin. Seudullinen yhteistyö palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä turvataan parhaiten vapaaehtoisilla järjestelyillä. Laadukkaat erityispalvelut vaativat niin seudullista kuin valtakunnallista yhteistyötä osaamisen varmistamiseksi.

Toimenpide-ehdotus 4:

Vammaispalvelut tulee tuottaa riittävän suurella väestöpohjalla, tarvittaessa seudullisesti koordinoituna yhteistyönä.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulee aloittaa kehitysvammalain ja vammaispalvelulain kokonaisuudistus, jossa nämä lait yhteen sovitetaan. Näiden lakien yhteensovittamisesta sosiaalihuoltolain ja mielenterveyslain kanssa tulee huolehtia.

Henkilökohtainen avustaja –järjestelmän uudistaminen tulee tässä yhteydessä selvittää.

Kehitysvammahuollon hallinnolliset rakenteet ja työnjako tulee uudistaa. Nykyisen kaltaisten, kuntien pakkojäsenyyteen pohjautuvien erityishuoltopiirien tarve tulee uudelleen arvioida osana lainsäädännön uudistamishanketta.

2.2.2. Päihdeongelmaiset

Päihdehuollon asiakkaiden palveluoikeudet voivat todentua enenevästi lähinnä palvelujen edellytyksiä ja toimintaperiaatteita kehittämällä, joten palvelujärjestelmän vinoumat ja kapeikot ovat uhka asiakaslähtöiselle työlle. Tällaisia päihdehuollon konkreettisia erityiskysymyksiä ovat lisääntyvä päihteiden käyttö ja siihen liittyvä palvelukysynnän nopea kasvu, ennakoimattomat muutokset sosiaali- ja terveyspalveluiden päihdehaittoihin liittyvässä työnjaossa sekä järjestelmän kapeikot ja päihdekuntoutukseen liittyvän sosiaaliturvan kattavuuteen liittyvät ongelmat.

Alkoholin kulutus on 1990-luvun jälkipuolella kääntynyt kasvuun, joka heijastuu myös palvelujen kysyntään. Alkoholin kulutuksen ja haittojen arvioidaan Viron EU-jäsenyyden ja veroratkaisujen johdosta edelleen tuntuvasti kasvavan. Päihdeasiakkaista n. 60 prosenttia on vielä alkoholin käyttäjiä, mutta huumeiden ja päihteiden sekakäyttäjien osuus on kasvava. Päihdepalveluissa on varauduttava tuntuvasti suurempaan palvelukysyntään.

Päihdehuollon erityispalveluissa, erityisesti laitoshoidossa, säästettiin 1990-luvun aikana. Tämä aiheutti ennakoimattomia ja epätarkoituksenmukaisia muutoksia palvelurakenteessa. Päihdepalvelujen sisäisessä työnjaossa kuntouttavien päihdehuollon erityispalvelujen osuus vähentyi nopeasti samalla kun päihdeasiakkaita hoidettiin yhä enemmän erikoissairaanhoidossa. Mitä paremmin sosiaalihuollollisia palveluja on saatavilla, sitä vähemmän syntyy paineita erikoissairaanhoidon. Tämän vuoksi vieroitushoitopalveluissa tulisi palata vuoden 1990 tasolle. Tämä merkitsisi käytännössä katkaisun ja kuntoutuslaitoksissa annettavien vieroitushoitopäivien määrän lisäämistä valtakunnallisesti n. 100 000 hoitovuorokaudella.

Päihdeasiakkaiden sosiaalivakuutuksellinen asema on 1990-luvulla heikentynyt. Työttömät asiakkaat leikkautuvat kuntoutusraha-asetuksen perusteella kuntoutusrahaetuksi- en ulkopuolelle. Hallinnollisin toimin laitospalveluihin hakeutuneet päihdeasiakkaat liukuivat sekä sairausvakuutus- että kuntoutusjärjestelmien laitamille. Laitoshoidon vaa- tiva päihdeongelma ei ole Kansaneläkelaitoksen mukaan sinällään riittävä sairausetuu- den saamiselle. Laitoskuntoutuksen tarpeessa olevat päihdeasiakkaat ovat siirtyneet kunnan viimesijaisen toimeentulotuen harteille.

Kuntoutusrahalakia tulisi muuttaa siten, että päihdeasiakkaiden on mahdollista saada kuntoutusrahaa avo- ja laitoshoidon aikana.

Toimenpide-ehdotus 5:

Alkoholin, huumeiden ja muiden päihteidenkäyttäjien vieroitushoitopalvelujen saatavuutta päihdehuollon laitoksissa ja perusterveydenhuollossa lisätään huomattavasti. Päihdepalvelut tulee saattaa niille esitettyjen laatusuosituksen minimitasolle vuoden 2007 loppuun mennessä.

2.2.3. Pitkäaikaistyöttömien palvelut työvoiman kehittämiskeskuksiin

Suomessa on rakenteellisista syistä työttömänä arvioiden mukaan 180 000 henkilöä. Heidän työttömyytensä johtuu osin työmarkkinoiden kohtaanto-ongelmista ja osin tämän työttömien ryhmän moniongelmaisuudesta. Suurin osa työttömistä, n. 150 000 henkilöä, saa perustoimeentulonsa työmarkkinatuesta. Näistä työmarkkinatuella järjestettyjen tukityö-, työharjoittelu- ja muiden aktiivitoimien piirissä on n. 20 prosenttia. Suurin osa, n. 130 000 henkilöä elää vuosikautia työttömänä passiivituen piirissä. Tämä ryhmä on edellä mainitusta rakennetyöttömien joukosta n. 85 - 90 000. Yhteistä heille on heikko koulutus, vähäinen työhistoria ja 30 - 50 vuoden ikä. Tästä ryhmästä oli saanut työmarkkinatukea passiivisesti 55 000 yli 4 vuotta ja 26 000 yli 6 vuotta. Lähes puolet työmarkkinatuen saajista on saanut työmarkkinatukea niin pitkään, että siitä on muodostunut kansalaispalkkaan verrattava toimeentulolähde.

Päävastuu työllistämistoimista on valtion työhallinnolla, mutta vaikeasti työllistyvien tukemisessa tarvitaan useamman hallinnonalan yhtäaikaisia ja samansuuntaisia toimenpiteitä hyvän lopputuloksen aikaansaamiseksi. Vaikeasti työllistettävistä suuri osa tarvitsee ensisijaisesti muita kuin työvoimatoimiston palveluita ennen työmarkkinoille pääsyn mahdollisuuksien selvittämistä. Sosiaalihuollon tehtävänä on omalta osaltaan huolehtia kansalaisten sosiaalisesta turvallisuudesta, työ- ja toimintakyvyn edistämisestä sekä itsenäisen, omatoimisen selviytymisen tukemisesta. Tällöin erityisesti vajaakuntoisten, eri tavoin vammaisten, maahanmuuttajien, pitkäaikaistyöttömien, päihde- ja mielenterveysongelmaisten, syrjäytymisuhan alaisten nuorten ja muiden vastaavien ryhmien työllisyyden edistäminen nousee tärkeäksi.

Pitkäaikaistyöttömille tarkoitetut palvelut muodostavat tänä päivänä hajanaisen ja osin vaikeasti hallittavan kokonaisuuden. Palveluja tuottavat kuntien eri hallintokunnat, valtionviranomaiset, järjestöt ja yksityiset tuottajat, osa on pysyvän rahoituksen piirissä ja osa toimii määräaikaisina projekteina.

Alun perin erityisryhmien palveluyksiköiksi tarkoitettujen työkeskusten ja kuntouttavien työvalmennuskeskusten verkko ei ole sisällöllisesti eikä maantieteellisesti riittävän kattava. Siellä, missä niitä on, myös sosiaalisista syistä vaikeasti työllistettäviä on työllistetty niihin. Vuonna 1999 tuotannollisia työkeskuksia oli 70 ja lähinnä kunnallista työkeskusta kehitysvammaisille 175. Työkeskusten ongelmana on asiakaskunnan heikko läpivirtavuus. Palveluketjun seuraava osa, työkeskuksesta avoimille työmarkkinoille siirtymisen tuki puuttuu lähes kokonaan. Työkeskusten ja myös kuntien kokeilutoimintana on toteutettu tuettua työllistämistoimintaa sekä yhteistyössä mielenterveyskuntoutujien kanssa klubitalotoimintaa sekä niiden siirtymätyöpaikkaohjelmia. Eräät järjestöt ovat luoneet ns. välittäjäorganisaatiomallin, jonka mukaan auttavat vaikeasti työllistyviä työllistymään siellä, missä esim. työkeskuksia ei ole.

Kahdeksallatoista paikkakunnalla kokeillaan parhaillaan 25 työvoimahallinnon, kunnan (sosiaalitoimiston) sekä Kansaneläkelaitoksen edustajista muodostettuja yhteispalvelupisteitä. Kokeilujakso kestää vuoden 2003 loppuun. Lakia sosiaalisista yrityksistä valmistellaan parhaillaan.

Vaikeasti työllistettävien ryhmille tarkoitettuja erilaisia palvelu- ja tukirakenteita tulee koota yhteen ja kehittää eräänlaisiksi työvoiman kehittämiskeskuksiksi. Tässä tulee käyttää hyväksi em. yhteispalvelukokeilun kokemuksia. Kuntouttavan työtoiminnan lain

toimeenpanoa osana kokonaisuutta tule vahvistaa. Rakenteellisen työttömyyden purkaminen ja työttömien kuntoutuminen työmarkkinoille edellyttää nykyisten verkostojen tiivistämistä ja tarvittaessa yhteen liittämistä, yhteispalvelupisteiden verkon laajentamista seudullisesti kattavaksi koko maahan ja palvelujen hankinnan vakiinnuttamista vaikeasti työllistyvien ryhmille monipuolisesti hyviltä palveluntuottajilta ottaen huomioon maassa vallitsevat alueelliset erot.

Työkeskuksia tulisi vastaisuudessa kehittää osana edellä kuvattua vaikeasti työllistyvien seudullista monipalveluverkostoa (työvoiman kehittämiskeskusta). Työkeskuksissa tulisi olla myös työkokeilu- ja työvalmennuspalvelua, sekä myös siirtymätyöpaikkojen käyttöä ja tuettua työllistämistä avoimien työmarkkinoitten työpaikoille siirtyville. Myös sosiaaliset yritykset tulee kytkeä osaksi verkostoa. Sosiaaliset yritykset sijoittuvat työkeskusten ja tavallisten yritysten välimaastoon. Niiden tulisi auttaa työkeskusten asiakkaiden siirtymistä palveluketjussa eteenpäin, koska ne tarjoavat pysyviä työpaikkoja, erotuksena työ- ja työvalmennuskeskuksille, joissa pyritään nykyään saamaan aikaan kiertoa palvelujen tarjoamiseksi mahdollisimman monille. Valmisteilla olevaan sosiaalisia yrityksiä koskevaan lainsäädäntöön tulee sisällyttää myös työvoiman ulkopuolella olevat vajaakuntoiset, joilla on vielä työkykyä jäljellä, esim. osa vammaisista.

Työttömien joukossa on kaikista tuki- ja kuntoutustoimista huolimatta myös sellaisia työnhakijoita, joiden työkykyä ei juuri ole jäljellä. Heidän osaltaan tulisi mahdollistaa heidän pääsy ns. Taipaleen mallin mukaisesti eläkkeelle.

Nuorten syrjäytymistä työmarkkinoilta ja koulutuksesta tulee ehkäistä. Kuntia, koulutuksen järjestäjiä ja työvoimaviranomaisia tulee ohjeista säännöksiin luomaan toimiva yhteistyömalli oppilaiden siirtymiselle peruskoulusta ammatilliseen koulutukseen siten, että jokainen oppilas pääsee hänelle soveltuvalle jatko-opiskelupaikalle tai muutoin sijoittuu työelämään.

Toimenpide-ehdotus 6:

Työministeriön tulisi yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa valmistella

vuosille 2004 – 2007 vaikeasti työllistettävälle ohjelma, jonka tavoitteena on koota yhteen hajallaan olevat julkiset työvoimapalvelut ja niitä tukevat muut toiminnot. Tavoitteena on perustaa verkostoina toimivat työvoiman kehittämiskeskukset kattavasti koko maahan. Avaintoimijoina tässä verkostossa ovat työvoimatoimisto ja kunta. Kuntien osalta ohjelman toteuttaminen edellyttää sosiaalihuoltolakiin lisättäväksi selkeä säännös kuntien tehtävistä rakennetyöttömyyden hoidossa. Työministeriön päluokasta tulee osoittaa kunnille hankkeessa tarvittava lisärahoitus korvamerkittynä.

2.3. Vanhukset

2.3.1. *Vanhustenhuollon sisällön modernisointi*

Vanhusten palvelutarpeiden yksilöllistyminen

Vanhustenhuollon tulevaisuuden haasteena on ikääntyneiden erilaistuminen. Vanhusten elämäntyyli erilaistuvat ja yksilöllistyvät. Sosioekonominen asema, perherakenne, etninen tausta, elintavat ja sukupuoli voivat tuottaa mittaamattoman määrän erilaisia palveluvaateita. Perinteiselle vanhuskuvalle rakennetut massapalvelut eivät enää kykene vastaamaan tulevaisuuden vanhusten yksilöllistyviin palvelutarpeisiin. Nykyisin kunnan hoidon ja palveluiden tarjonta voi määritellä palvelujen tarpeen, ei itse vanhuksen tarpeet.

Vanhusten yksilöllisyyden huomioiminen edellyttää muutoksia niin hoitokäytännöissä kuin palvelurakenteissa. Palveluseteli on yksi keino parantaa asiakkaan mahdollisuutta valita itselleen sopivia palveluita. Kunnan myöntämällä palvelusetelillä asiakas voi valita haluamansa palveluntuottajan esim. koti- tai tukipalveluihin. Vanhuksen mahdollisuus itse valita hoitopaikkansa edellyttää muita uusia ratkaisuja hoivapalvelujen rahoitusmalleihin, ns. hoivavakuutuksen käyttöönottoa.

Pitkäaikaisesta laitoshoidosta kohti kotona asumista ja kodinomaista hoitoa

Kodin tulisi olla ensisijainen vanhuksen asumis-, toiminta-, palvelu- ja hoitoympäristö. Tämä edellyttää koko palvelujärjestelmän rakentamista tästä näkökulmasta käsin. Vaikka myönteisiä tuloksia on saavutettu on tilanne erityisesti avopalvelujen resurssoinnin osalta suhteessa palvelutarpeisiin edelleen epätydyttävä. Vanhusten laitoshoidon osalta on välttämätöntä jatkaa sosiaalitoimen vastuulla olevien hoivatyyppeiden palvelumuotojen kehittämistä ja samalla vähentää terveydenhuollon laitostyöyksiköiden epätarkoituksenmukaista käyttöä vanhusten pitkäaikaishoidossa.

Tulevaisuuden suuntana tulisi olla laitoshoidon muuttaminen kodinomaisemmaksi, pienemmissä yksiköissä annettavaksi hoidoksi. Vaarama ja Voutilainen (2002) esittävät tulevaisuusskenaariot, jossa pitkäaikaista laitoshoidoa annettaisiin pääasiassa hoivakodeissa ja tehostetussa palveluasumisessa. Ns. tavalliset palveluasunnot ovat tällä hetkellä yleinen asumismuoto, joissa vanhukset saavat kotipalvelusta tukea arkiseen elämiseen. Tältä osin voidaan miettiä, olisiko perustellumpaa tukea vanhusten asumista kotona. Tutkimusten mukaan vanhuksen kokemus muutosta palveluasumiseen on lähellä muuttoa pitkäaikaiseen laitoshoidoon. Palveluasuntoon muuton yhteydessä vanhus usein menettää tutun ympäristön ja ihmissuhteet.

Toimiva palvelukokonaisuus

Vanhustenhuolto kunnassa ei ole yksin sosiaali- ja terveydenhuollon asia. Tavoitteena tulee olla kokonaisvaltainen, moderni näkemys ikäihmispolitiikasta. Kunnalliseen ikäihmispolitiikkaan sisältyy ikäihmisten huomioiminen paikallisyhteisön merkittävänä voimavarana ja ikäihmisten tarpeiden huomioiminen kaikessa kunnallisessa päätöksessä.

teossa sekä palvelujen järjestämisessä. Siten ikäihmisten tarpeet on huomioitava niin kaavoituksessa kuin rakentamisessa, kaupallisten palvelujen sijoittumisessa, paikallisliikenteen järjestämisessä, liikunta- ja kulttuuripalveluissa. Ikäihmisten toimintakyvyn ja vireyden ylläpitämistä tukeva kokonaisvaltainen ikäihmispolitiikka on myös parasta mahdollista ennaltaehkäisevää toimintaa.

Vanhusten erilaistuvat palvelutarpeet edellyttävät monimuotoisia palveluita ja palveluntuotantotapoja. Palvelusetelin käyttöön oton myötä asiakkaan mahdollisuudet valita palveluntuottaja paranevat. Kunnan vastuulle jää kuitenkin koko kunnan vanhustenhuollon palveluiden koordinointi ja palveluketjun toimivuuden takaaminen. Vanhusten palveluita tuottavat kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto ja muut sektorit, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Omaisten ja vapaaehtoisten apu on ollut ja pysyy tärkeässä roolissa vanhuksen tukemisessa.

Myös veteraanijärjestöt ovat tuottaneet kunnallisia palveluja täydentäviä lähipalveluja. Eläkeläisjärjestöjen toiminnan ennaltaehkäisevä merkitys on huomattava. On myös muistettava, että ikäihmiset ovat itse aktiivisia vapaaehtoistoimijoita ja antavat sen lisäksi omaishoitajina yhteisön käyttöön työpanoksen, jonka taloudellinen merkitys on huomattava.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö hallinnollisesti eriytetyissä organisaatioissa

Sosiaalihuollon tärkein yhteistyötaho useiden keskeisten palvelujen järjestämisessä on terveydenhuolto. Kansallisessa terveysprojektissa on korostettu palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja organisaatorajoista riippumatonta saumattomuutta. Sosiaalihuollon palvelujen järjestämisperiaatteissa korostuu lisäksi asiakasta lähellä olevien peruspalvelujen merkitys palvelujen porrastusta ja sitä kautta myös yhteistyötä määrittävänä tekijänä.

Vanhusten pitkäaikaishoidon/hoivan kokonaisvastuu, silloin kun asiakas ei tarvitse sairautensa vuoksi jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa, on sosiaalitoimella, joka vastaa myös kotiin annettavien palvelujen järjestämisestä ja koordinoinnista. Kotiin annettavien palvelujen ja kotihoidon järjestämisessä korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten saumattoman yhteistyön merkitys. Tällä hetkellä kotihoidon osalta on käytössä useita eri organisoitumismalleja. Kotiin annettavia palveluja ja kotihoitoa on tarkoituksenmukaista kehittää vahvistamalla sosiaalitoimen nykyistä kotipalvelua täydennyskoulutuksella sekä uuden lähihoitajakoulutuksen saaneilla työntekijöillä. Osa sellaisista valvotun kotisairaanhoidon rutiinitoimista, joiden tekijöinä on käytetty kotisairaanhoidon sairaanhoitajia tai perushoitajia, voidaan siirtää tämän uudentyyppisen kotihoidon vastuulle.

Kotisairaanhoidon työpanoksen merkitys tässä toimintamallissa korostuu erityisesti hoidon ja hoivan tarpeen arvioinnissa sekä kriittisissä tilanteissa kuten kotiutuksen yhteydessä. Toisaalta kotihoidossa tulee tulevaisuudessa olemaan sellaisia iäkkäitä, monisairaita henkilöitä, joiden hoito ja hoiva edellyttää jatkuvaa varsinaisen kotisairaanhoidon asiantuntemusta. Tarkoituksenmukainen työnjako ei välttämättä edellytä suuria hallinnollisia päätöksiä. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon organisoituminen ja niiden keskinäinen työnjako riippuu pitkälle alueellisista erityistekijöistä eikä yhtä valmista mallia, joka sopisi koko maahan siksi ole tarkoituksenmukaista esittää. Sen sijaan on syytä

erikseen selvittää yhteistyötä mahdollisesti hankaloittavan lainsäädännön harmonisointitarve.

Toimenpide-ehdotus 7:

Ikääntyneiden hoidossa nostetaan vanhuksen kotona asumisen tukeminen keskiöön ja palvelujärjestelmä rakennetaan tukemaan tätä periaatetta. Ikääntyneiden pitkäaikainen laitoshoido järjestetään uudelleen. Pitkäaikainen laitoshoido muodostuu tehostetusta palveluasumisesta ja hoivakodeista. Nykyisiä terveyskeskusten pitkäaikaisosastoja on muutettava kodinomaisemmiksi hoivakodeiksi. Terveyskeskusten järjestämässä laitoshoidossa keskitytään ikääntyvän väestön lyhytaikaiseen hoitoon ja kuntoutukseen.

Vanhusten mahdollisuutta päättää itse haluamistaan palveluista parannetaan. Palveluseteli tarjoaa hyvän keinon asiakkaan valinnan mahdollisuuksien parantamiseen. Ns. vapaaehtoisen hoivavakuutuksen käyttöönottamista tulee selvittää.

Vanhustenhuollon tulee muodostaa toimiva seudullinen palveluketju, johon sisältyvät kunnalliset sosiaali- ja terveyspalvelut, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Sosiaali- ja terveydenhuollon kotiin annettavissa palveluissa on selvitettävä erikseen lainsäädännön harmonisointitarpeet palvelujen asiakaslähtöisyyden ja saumattomuuden turvaamiseksi.

Hallinnollisesti eriytettyssä sosiaali- ja terveydenhuollossa kokonaisvastuu vanhusten pitkäaikaishoidosta ja –hoivasta, silloin kun asiakas ei tarvitse sairautensa vuoksi jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa tai seurantaa, on sosiaalitoimella, joka vastaa myös kotiin annettavien palveluiden koordinoimista ja järjestämisestä. Kotiin annettavia palveluja ja kotihoitoa kehitetään vahvistamalla sosiaalitoimen nykyistä kotipalvelua täydennyskoulutuksella sekä lähihoitajakoulutuksen saaneilla työntekijöillä. Alueellisesti on etsittävä parhaat mahdolliset yhteistyökäytännöt ja organisoitumismallit kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välillä.

2.3.2. Kohti hoivatakuuta

Sosiaalihuollon lainsäädäntö ei tällä hetkellä määrittele tarkemmin, milloin vanhuksella on oikeus saada palveluita tai päästä hoidon tarpeen arviointiin.

Vanhusväestön määrä kasvaa lähivuosikymmeninä voimakkaasti. Yli 75-vuotiaita on nyt n. 380 000, mutta vuonna 2010 jo 460 000. Vanhusten määrän kasvu on sosiaalipalveluille haaste. Kuntien taloudelliset edellytykset vastata jo nykyisen vanhusväestön palvelukysyntään ovat paikoin heikot, puhuttamattakaan kasvavasta kysynnästä. Vanhusten kotiin annettavien palveluiden kattavuus on laskenut 1990-luvulla ja laitoshoidossa on paikoin suuria puutteita.

Samanaikaisesti yhteiskunnan muutoksen myötä myös vanhusväestön vaatimustaso nousee. vanhusten saamat palvelut taas vaihtelevat laadultaan, tasoltaan ja määrältään kunnittain. Sosiaalipalvelujärjestelmän uskottavuus edellyttää vanhusten palveluoikeuksien tarkempaa sääntelyä. Sääntelytavoitetta voidaan pitää rinnasteisena kansallisen terveysprojektin esitykselle, jonka mukaan tutkimuksiin ja hoitoon pääsyle asetettaisiin lainsäädännössä määrääjat.

Selvityshenkilöt esittävät, että lainsäädäntöön lisättään oikeus palvelun tarpeen arviointiin pääsystä 3 vuorokauden kuluessa yhteydenotosta ja oikeus palvelusuunnitelman laadintaan. Tällainen oikeus olisi jokaisella tarpeen esittävällä, kotona asuvalla yli 80-vuotiaalla vanhuksella ja oikeus syntyisi vanhuksen yhteydenotosta kuntaan. Tämä erityinen oikeus yli 80-vuotiaalle ei poistaisi tätä nuorempien mahdollisuutta saada vanhustenhuollon palveluita nykyiseen tapaan. Tieto palvelun tarpeessa olevasta voisi tulla myös Kansaneläkelaitokselta, joka ilmoittaisi kunnalle eläkkeen saajan hoitotuen myöntämisestä. Kunta voi myös aktiivisesti etsiä palvelujen tarpeessa olevia vanhuksia ns. ehkäisevien kotikäyntien avulla.

Palvelun tarpeen arvioinnissa käytettävistä menetelmistä on tarpeen antaa valtakunnallinen, käytäntöjä yhdenmukaistava ohjeistus. Sujuva menettely edellyttäisi helppokäyttöisten, vanhuksen palvelun tarvetta monipuolisesti arvioivien mittareiden kehittämistä ja käyttöönottoa. Palvelun tarpeen arvioinnin tekisi moniammatillinen työryhmä.

Tarpeen asianmukainen arviointi voi johtaa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Tähän suunnitelmaan kirjataan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito sekä niiden muoto ja arvioitu kesto. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta edellyttää, että sosiaalihuollon järjestäminen perustuu päätökseen ja että sosiaalihuoltoa toteutettaessa asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Käytännössä kunnat toteuttavat hyvin puutteellisesti tämän lain säännöksiä vanhustenhuollossa.

Kotona asuvien ikäihmisten yleisimmin käyttämiä kunnallisia palveluita ovat kotipalvelu, kotisairaanhoido, omaishoidontuki, lyhytaikashoito, tukipalvelut ja päivätoiminta. Nyt ehdotetussa menettelyssä kunta sitoutuisi järjestämään vain palvelusuunnitelmassa omaksi tehtäväkseen merkitsemänsä palvelut. Kunta voi niin arvioidessaan järjestää palvelut itse tai myöntämällä palveluseteli. Kunnan velvollisuus on ohjata ja neuvoa asiakasta hankkimaan muut palvelut muilta tahoilta, esim. omaisilta, järjestöiltä tai yksityiseltä tuottajalta omalla kustannuksellaan.

Käytännössä edellä kuvattu tarkoittaa, että asiakkaalle ei syntyisi subjektiivista oikeutta palveluihin tarpeen arvioinnin perusteella. Asiakkaan oikeudet tarpeen arviointiin pääsyssä kuitenkin paransivat oleellisesti ja palvelusuunnitelmista kertyvä tieto auttaisi kuntia mitoittamaan vanhusten palveluiden resursseja ja ohjaisi yksityisiä palveluntuottajia aloittamaan toimintaa.

Kelan eläkkeensaajan hoitotuen ylintä tasoa, erityishoitotukea, ja kunnallisia palveluita on tarpeen yhteen sovittaa. Erityishoitotuen saajia oli 18 585 henkilöä vuonna 2001. Erityishoitotuen saajan toimintakyky on alentunut yhtäjaksoisesti lähes vuoden ajan ja hän on yhtämittaisen hoidon ja valvonnan tarpeessa tai hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta erittäin huomattavia kustannuksia. Tämä tuen tulisi ohjautua eläkkeensaajien hoidon ja hoivan järjestämiseen. Tämän vuoksi ehdotetaan, että mikäli henkilö saa erityishoitotukea yhtämittaisen hoidon ja valvonnan tarpeen vuoksi, tulisi hänelle säätää oikeus palvelun tarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laadintaan.

Myös muut ryhmät kuin vanhukset käyttävät kotiin annettavia palveluita. Näiden ryhmien, lähinnä pitkäaikaissairaitten ja vammaisten, oikeuksia vastaavan kaltaiseen palvelun tarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laadintaan tulee tarkemmin selvittää.

Toimenpide-ehdotus 8:

Selvityshenkilöt esittävät, että lakiin lisätään säännökset vanhuksen oikeudesta päästä palvelun tarpeen arviointiin 3 vuorokauden kuluessa palvelun tarvetta koskevasta yhteydenotosta ja oikeudesta palvelusuunnitelman laadintaan. Tällainen oikeus olisi jokaisella tarpeen esittävällä, kotona asuvalla yli 80-vuotiaalla vanhuksella ja oikeus syntyisi vanhuksen yhteydenotosta kuntaan. Tämä erityinen oikeus yli 80-vuotiaille ei poistaisi tätä nuorempien mahdollisuutta saada vanhustenhuollon palveluita nykyiseen tapaan. Tieto palvelun tarpeesta voisi tulla kunnalle myös Kansaneläkelaitokselta, joka ilmoittaisi kunnalle eläkkeen saajan hoitotuen myöntämisestä.

Mikäli henkilö saa Kansaneläkelaitoksen maksamaa eläkkeensaajan erityishoitotukea yhtämittaisen hoidon ja valvonnan tarpeen vuoksi, tulisi hänelle säätää oikeus palvelun tarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laadintaan.

2.3.3. Kohti riittävää henkilöstömitoitusta

Vanhustenhuollon keskeisimpiä kehittämiskohteita ovat kotihoidon kattavuuden lisääminen ja laitos- ja avohoidon henkilöstövajeen korjaaminen. Vanhustenhuollon ammatillinen henkilöstö on ilmeisen alimitoitettu niin laitos- kuin kotihoidossakin. Tässä suhteessa kehitys 1990-luvulla oli merkittävän regressiivinen. Aikavälillä 1990 - 2000 väheni kotipalvelun henkilöstö tuhatta yli 75-vuotiaasta kohti laskettuna 9 prosenttia, vanhainkotien henkilöstö peräti 18 prosenttia sekä perusterveydenhuollon vuodeosastohoitohenkilöstö 25 prosenttia tuhatta yli 75-vuotiaasta kohden. Suomen vanhustenhuollon henkilöstömäärät ja mitoitukset ovat huomattavan alhaiset muihin Pohjoismaihin verrattuna. Alueellinen vaihtelu on myös suurta.

Vaikka henkilöstömitoituksen kiintopisteeksi otettaisiin vain maan keskiarvo, on määrällinen tarve mittava eikä sitä voitane tyydyttää muutamassa vuodessa. Vuoden 2000 tilanteen perusteella valtakunnan keskiarvon saavuttaminen laitoshuollossa merkitsisi 3 000 uutta työntekijää ja 78 miljoonaa euroa. Kotipalvelussa tyydyttävän palvelutason saavuttaminen merkitsisi vastaavasti 3 600 uutta työntekijää ja 95 miljoonaa euroa. Koko tämän tarpeen tyydyttäminen merkitsisi siten 173 miljoonan euron lisäämistä kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuutta lisättiin vuonna 2002 n. 32,8 miljoonalla eurolla, jotta kuntien vanhustenhuollossa esiintyviä puutteita voitaisiin korjata. Tämä valtionosuuden lisäsatsumus edellytti kuntien lisäpanostusta noin 97 miljoonaa euroa. Alustavien arvioiden mukaan kunnat ovat lisänneet vanhustenhuollon

henkilökuntaa vuosina 2000 - 2002, mutta henkilöstövajeen arvioidaan edelleen olevan n. 4 500 työntekijää.

Toimenpide-ehdotus 9:

Vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon henkilöstövajaukset tulee pyrkiä kattamaan vuoden 2007 loppuun mennessä.

2.3.4. Omaishoitajien ja muiden läheisiä hoitavien aseman parantaminen

Kotona iäkästä, vammaantunutta tai sairasta läheistään hoitavaa henkilöä kutsutaan omaishoitajaksi. Päivittäin hoitoon osallistuvia omaishoitajia lasketaan Suomessa olevan n. 300 000. Kunta voi maksaa halutessaan hoitajalle omaishoidontukea. Vuonna 2002 tällä omaishoidontuella hoidettavia oli n. 23 000. Suuri osa hoitajista on kuitenkin tämän tuen ulkopuolella. Omaishoitajien oikeus lakisääteiseen vapaaseen ei myöskään aina toteudu ja omaishoitajien saamien tukipalvelujen määrä on viimeisten selvitysten mukaan vähentynyt. Omaishoitajien toiminnan ja hoitosuhteen jatkuvuutta ovat paikoin vaikeuttaneet lyhytaikaiset ja ennakoimattomat sopimukset.

Suomessa kuten muissakaan Pohjoismaissa eivät täysi-ikäiset lapset ole muodollisesti vastuussa ikääntyneiden vanhempiensa hoidosta ja huolenpidosta, vaan tämä tehtävä on säädetty kunnille. Käytännössä vastuu jakautuu kuitenkin usein toisin. Monet työelämässä olevat joutuvat tasapainoilemaan huonokuntoisten vanhempiensa hoidon ja päivittäisten työtehtäviensä välimaastossa. Pienten lasten osalta Suomessa on vanhemmilla jo vuosia ollut työsopimuslakiin perustuva oikeus jäädä määrääjäksi kotiin järjestämään sairastuneen lapsensa hoito työsuhteen katkeamatta. Vastaavankaltaista menettelyä esitetään harkittavaksi myös vanhusten hoidon osalta.

Nykyinen työlainsäädäntö ja virka- ja työehtosopimukset antavat rajatun mahdollisuuden pakottavissa tilanteissa jäädä perhesyistä tilapäisesti pois työstä (ks. työsopimuslaki 4 luku 7 §). Olisi perusteltua päästä järjestelyyn, jossa pysyväisluonteisemman hoitojärjestelyn mahdollistamiseksi työntekijällä olisi oikeus pitempiaikaisesti tehdä lyhennettyä työaika tai jäädä määrääjäksi kokonaan pois työstä. Tällä tavoin työelämä joustaisi hoitovastuun edessä ja samalla julkisten hoito- ja hoivapalvelujen sekä laitoshoidon kysyntää voitaisiin vähentää tai ainakin myöhentää.

Toimenpide-ehdotus 10:

Omaishoitajien asemaa tulee parantaa pitkäjänteisillä ratkaisulla ja tuki- ja lomapalveluita kehittämällä.

Tästä erikseen selvityshenkilöt esittävät, että kolmikantayhteistyön puitteissa valmisteltaisiin lainsäädäntöä, jossa työntekijälle säädettäisiin oikeus lyhytaikaisesti jäädä pois työstä oman vanhemman hoidon järjestämiseksi ennakoimattomassa tilanteessa, siirtyä pitempiaikaisesti lyhennetylle työajalle oman vanhemman hoitoon osallistumiseksi ja jäädä määrääjäksi pois työstä oman vanhemman hoidon terminaalivaiheessa. Tämän

oikeuden laajentaminen koskemaan myös muita lähiomaisia on tarpeen selvittää. Tämä merkitsisi nykyisen työsopimuslain 4 luvun 7 §:n säännösten oleellista laajentamista.

2.4. Erityiskysymykset

2.4.1. Ruotsin- ja saamenkieliset

Oikeus saada tarvitsemiaan sosiaalipalveluita omalla äidinkielellään, suomeksi, ruotsiksi tai saameksi, on asiakkaan näkökulmasta yksi tärkeimmistä asioista. Ruotsinkielisiä on 6 prosenttia väestöstä eli n. 300 000 henkilöä. Saamelaisia asuu Suomessa n. 7 000, joista n. 4 000 asuu saamelaisten kotiseutualueella. Arvioiden mukaan pienet kunnat ovat parhaiten kyenneet vastaamaan ruotsinkielisen väestön palvelutarpeeseen. Ongelmia on erityisesti ollut suuremmissa kunnissa, joissa suomi on enemmistökielenä. Sosiaalihuollon sektoreista erityisesti vanhustenhuollon ja erityispalveluiden kyvyssä tuottaa ruotsinkielisiä palveluita on ollut puutteita.

Saamenkielisten palveluissa erityisesti päivä- ja vanhustenhoidon järjestäminen on tuottanut vaikeuksia. Saamenkielisten sosiaali- ja terveystalveluiden turvaamiseen osoitettiin vuoden 2002 alusta valtionavustus. Ongelmana on tällä hetkellä rahoituksen epävarmuus, sillä määrärahaista päätetään vuosittain.

Myös muiden etnisten vähemmistöjen, romaanien ja viittomakielisten palveluiden saatavuuden turvaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Toimenpide-ehdotus 11:

Mahdollisuus saada sosiaalipalveluja ruotsin- ja saamenkielellä tulee turvata.

Ruotsinkielisten palveluiden turvaaminen edellyttää alueellista tai seudullista yhteistyötä. Saamenkielisten sosiaali- ja terveystalveluiden valtionavustuksen käytölle tulee laatia useampivuotinen suunnitelma, johon kaikki osapuolet sitoutuvat.

2.4.2. Maahanmuuttajat

Suomessa asui vuoden 2001 lopussa n. 98 600 ulkomaan kansalaista, joka on n. 1,9 prosenttia väestöstä. Pakolaistaustaisia ulkomaankansalaisia on n. 18 200 ja paluumuuttajia entisen Neuvostoliiton alueelta n. 25 000. Maahanmuuttajista yli puolet asuu entisen Uudenmaan läänin alueella. Työvoiman tarjonnan vähentyessä Suomessa on oletettavaa, että työperusteinen maahanmuutto lisääntyy. Tämä asettaa uuden haasteen Suomen asumisperusteiselle sosiaaliturvalle.

Maahanmuuttajien kotouttaminen ei ole vain sosiaalitoimen asia, vaan vastuu maahanmuuttajien kotoutumisesta on kaikilla kunnan hallintokunnilla. Maahanmuuttajien palveluiden järjestämisessä korostuu erityisesti eri hallintokuntien yhteistyön tärkeys. Maahanmuuttajien väestöosuuden kasvu vaikuttaa myös sosiaalipalveluiden kehittämistarpeeseen. Tulevaisuudessa on kyettävä tuottamaan yhä monimuotoisempia sosiaalipalveluita. Sosiaalialan osaamiskeskukset voivat paikallisen tarpeen mukaan erikoistua maahanmuuttaja-asioihin ja tukea kuntia palveluiden kehittämisessä. Päivähoitopalveluissa on viime vuosina opittu tuottamaan palveluita myös eri etnisistä ryhmistä tuleville kuntalaisille, mutta kehittämistarpeita on edelleen. Vanhuspalvelut ovat lähitulevaisuudessa saman haasteen edessä kohdatessaan ikääntyviä maahanmuuttajia.

Kotouttamislain tavoitteena on edistää maahanmuuttajien kotoutumista, tasa-arvoa ja valinnanvapautta toimenpiteillä, jotka tukevat yhteiskunnassa keskeisten tietojen ja taitojen saavuttamista. Kotouttamissuunnitelmien laadinnan ulkopuolelle ovat jääneet työvoimaan kuulumattomat naiset, jotka hoitavat lapsiaan kotona. Maahanmuuttajaitien kotoutumisella on erityisen tärkeä merkitys kahden kulttuurin välissä elävän lapsen kehitykselle. Lapsella on vaarana ajautua vanhempansa ”vanhemmaksi”, mikäli vanhempi ei osaa kieltä eikä selviydy suomalaisessa yhteiskunnassa. Kotouttamislainsäädäntöä tulisi muuttaa siten, että työvoiman ulkopuolelle jäävät maahanmuuttajat, esim. kotiäidit, sisällytetään kotouttamisvelvoitteen piiriin.

Toimenpide-ehdotus 12:

Sosiaalipalveluiden kykyä vastata eri etnisistä ryhmistä tulevien maahanmuuttajien tarpeisiin tulee parantaa. Sosiaalialan henkilöstön täydennyskoulutuksessa on otettava maahanmuuttaja-asiat huomioon niin asenteellisena kuin tiedollisena osaamisalueena. Sosiaalialan henkilöstörakennetta on maahanmuuttajavaltaisilla alueilla monipuolistettava siten, että työntekijöinä toimii myös etnisen taustan omaavia henkilöitä.

3. HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYS, TYÖOLOJAT, OSAAMINEN JA TYÖKÄYTÄNNÖT

3.1. Henkilöstön riittävyys ja rakenne

3.1.1. Henkilöstön riittävyys

Vuoden 2001 alussa sosiaali- ja terveystalvelujen työllistettyjen määrä oli noin 307 000 henkeä. Sosiaalipalveluissa työllistettyjen määrä oli 151 000, joista julkisella sektorilla noin 121 000 ja yksityisellä sektorilla 29 000 palkansaajaa. Itsenäisiä yrittäjiä oli hie- man alle 1500 ja ko. yritysten henkilöstömäärä n. 5 500 työntekijää. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa oli lokakuussa 2001 yhteensä 241 000 henkeä, joista terveydenhuol- lossa runsaat 123 000, sosiaali- ja terveydenhuollossa 102 000 ja sosiaali- ja terveydenhuollossa 14 700 henkeä. Kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä toimivista noin runsas 80 % oli julkisella sektorilla. Kunnallisen henkilöstörekisterin mukaan sosiaalityössä työ- kenteli vuonna 2002 kuntasektorilla n. 4 500 sosiaalityöntekijää, mikä on 5 % koko so- siaalialan henkilöstöstä, pääosan työskennellessä päivähoidossa ja vanhustyössä.

Sosiaalialan henkilöstötarve muodostuu olemassa olevasta henkilöstövajeesta sekä tule- vista tarpeista. Vanhustenhoidosta puuttui vuonna 2000 suhteessa laatusuosituksiin n. 6 300 työntekijää ja päihdehuollosta vastaavasti 500 työntekijää. Molemmilla sektoreil- la tarvitaan jatkossa myös eri etnisistä ryhmistä olevia kielitaitoisia työntekijöitä. Päte- vistä erityislastentarhanopettajista, puheterapeuteista, psykologeista ja sosiaalityönteki- jöistä on vajausta. Noin neljännes sosiaalityöntekijöiden viroista on täytetty pätevyyttä vailla olevilla ja maassa on useita kymmeniä pieniä kuntia kokonaan sosiaalityöntekijää vailla. Sosiaalialan ruotsinkielisestä ja saamenkielisestä henkilöstöstä on niin ikään pu- laa. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakkointitoimikunnan mietinnön mukaisesti koulutuspaikkoja tullaan lisäämään, jossa yhteydessä on huomioitava myös ruotsinkielisten ja saamenkielisten alueiden henkilöstötarpeet.

Ennakkointitoimikunnan käsityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työikäisestä työvarannosta suuri osa on alan työmarkkinoiden ulkopuolella. Jatkossa tulee selvittää, miten tämä työvoima saataisiin takaisin alalle töihin.

Sosiaalialalla on henkilöstöpulan kanssa samanaikaisesti myös työttömyyttä. Tilasto- keskuksen seurantamenetelmillä vuoden 2000 keskiarvotietojen mukaan sosiaalipalve- lujen alalla työttömänä oli 22 600 henkilöä. Työnvälitystilaston tilannekatsauksen mu- kaan 29.11.2002 suurimmat sosiaalialan työttömien ammattiryhmät olivat perhepäivä- hoitajat n. 1 500, lastenhoitajat n. 1 400, kotivastajat, n. 800 ja kodinhoitajat, lähihoita- jat n. 750 työttömä työnhakijaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakkointitoimikunta on arvioinut, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvu edellyttää n. 12 000 työntekijää lisää kuluvana kymmenvuotiskautena. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen raportin mukaan vähenevän väestön kunnista päivähoidosta vapautuisi n. 8 000 työntekijää, mut- ta Uudellamaalla ja Itä-Uudellamaalla tarvitaan päivähoitoon yhteensä 1 300 työntekijää lisää, joten nettomääräisesti päivähoidosta vapautuu n. 6 700 työntekijää. Ammatillisel- la perus- ja täydennyskoulutuksella on korvattava ne 49 000 – 55 000 sosiaali- ja terve- ysalan työntekijää, jotka jäävät eläkkeelle kuluvana vuosikymmenenä. Karkean arvion mukaan vajaa puolet heistä siirtyy eläkkeelle sosiaalialalta. Alueellisesti erilaistuvat

tarpeet edellyttävät alueellista henkilöstötarpeiden seuranta ja ennakkoinnin tehostamista sekä alueellista rekrytointia ja työpaikkojen markkinointia.

Toimenpide-ehdotus 13:

Selvityshenkilöt korostavat, että sosiaalialalle suunnitellut koulutuspaikkojen lisäykset on toteutettava vähintään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ennakkointitoimikunnan esityksen mukaisina. Erityislastentarhanopettajien koulutuksen lisäämisen määrästä sovitaan opetusministeriön kanssa erikseen. Sosiaalityön koulutusohjelman vaatimusten mukaisesti tulee toteuttaa alueellisia maisterinkoulutusohjelmia.

Maahanmuuttajien omaa alan koulutusta tulee hyödyntää nykyistä tehokkaammin muunto- ja täydennyskoulutuksella sekä kytkeä suomen- ja ruotsinkielien opetus osaksi työvoimapoliittista koulutusta. Koulutus on aloitettava alueilla, jossa maahanmuuttajia on runsaimmin.

Päivähoidosta vapautuvalle sosiaalialan henkilöstölle on mahdollistettava aikuiskoulutuksella kouluttautuminen sosiaalialan muihin tehtäviin, mikä on huomioitava aikuiskoulutuspaikkojen määrää suunniteltaessa.

3.1.2. Henkilöstön rakenne

Sosiaalihuollon henkilöstörakenne on muotoutunut vuosien kuluessa ja koostuu pääasiassa toisen asteen koulutuksen tai ammattikorkeakoulutuksen tahi vastaavan koulutuksen saaneista sekä pieneltä osin ylemmän korkeakoulututkinnon omaavista.

Koulutusrakenteen muuttuminen, osaamistason nousu sekä asiakkaitten tarpeista nousevat muuttuneet vaatimukset työn sisällöissä edellyttävät henkilöstörakenteen, sekä tehtävä- ja koulutusrakenteiden vastaavuuksien tarkistamista. Henkilöstö- ja tehtävärakenteita on tarkistettava työntekijöiden koulutuksessaan saamia osaamisalueita ja asiakkaiden tarpeita vastaavasti. Erityisesti uusimpien koulutusmuotojen tuottamaa osaamista tulee hyödyntää laaja-alaisesti. Sosionomien (AMK) osaamisen hyödyntämiseksi tulee määrätietoisesti luoda sosiaalialalle uusia tehtävärakenteita ja samalla ottaa huomioon sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien tehtäväjako kehittävän Steam-hankkeen tulokset. Lähihoitajien osaamisalue etenkin vanhusten avopalveluissa tulee sovittaa yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien kesken siten, että tehtäväkokonaisuudet ovat mielekkäitä ja lähihoitajien koko osaamisalue kodinhoidollisesta perushoidolliseen työhön saadaan käyttöön.

Toimenpide-ehdotus 14:

Sosiaali- ja terveysministeriön tulee antaa suositukset sosiaalihuollon tehtävärakenteen korjaamisesta asiakkaiden tarpeita ja henkilöstön osaamista vastaavaksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulee laatia STEAM-hankkeen kokemuksia hyödyntäen valtakunnalliset suositukset sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien (amk) yhteistyöstä ja työnjaosta. Työnjakoa koskevien hyvien käytäntöjen levittämistä koko maahan tulee edistää.

3.1.3. Sosiaalihuollon kelpoisuus- ja ammatinharjoittamislainsäädäntö

Kelpoisuus- ja ammatinharjoittamislainsäädännön tavoitteena on palvelujen laadun ja asiakkaiden oikeusturvan varmistaminen sekä sosiaalialan profiilin selkeyttäminen. Kelpoisuus- ja ammatinharjoittamislainsäädännön on mukauduttava niihin linjauksiin, joita koulutusjärjestelmän kehittämisessä on omaksuttu. Erityisesti on otettava huomioon, että sosiaalityön maisteritutkinto ja sosionomi AMK-tutkinto ovat kehittyneet ns. duaalimallin pohjalta rinnakkaisiksi tutkinnoiksi, jotka tuottavat toisistaan poikkeavaa osaamista. Kelpoisuudet on säädettävä siten, että kummankin tutkinnon tuottamaa osaamista voidaan hyödyntää laaja-alaisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Myös ammatti- ja erikoisammattitutkinnot on otettava huomioon kelpoisuussäännöksissä.

Sosiaalihuoltolain 18 §:ssä määritellään sosiaalityö sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaksi työksi, mikä määrittely ei enää vastaa käsitystä sosiaalityön sisällöstä. Sosiaalihuoltolakia on muutettava tältä osin ja tarkistettava lainmuutoksen mahdolliset seurausvaikutukset muihin sosiaalihuollon lakeihin.

Laissa sosiaalihuollon tehtävissä vaadittavista kelpoisuuksista tulee edellyttää sosiaalihuoltolain mukaisten yksiköiden esimiestehtäviin sosiaalialan koulutusta. Esimiesasemassa olevilta tulee edellyttää myös johtamistaidollista koulutusta.

Valmistelussa olevan kelpoisuuslain rinnalle tarvitaan laki sosiaalityöntekijöiden ammatinharjoittamisesta ja rekisteröinnistä, jotta sosiaalityöntekijöitä koskeva säätely voidaan ulottaa koskemaan kaikkia sosiaalityöntekijöitä riippumatta siitä, millä hallinnonalalla tai missä organisaatiossa he toimivat. Kunnallisessa sosiaalihuollossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden lisäksi Suomessa toimii liki 2000 sosiaalityöntekijää terveydenhuollon, koululaitoksen, puolustusvoimien, vankeinhoidon ja poliisin piirissä. Lainsäädännössä ei ole säännelty tämän ryhmän kelpoisuuksia tai ammatinharjoittamista. Asiakslain soveltamisen kannalta lainsäädännön selkeyttämisellä on suuri merkitys. Ammatinharjoittamislainsäädäntö selkeyttäisi myös yksityisen sosiaalityön ammatinharjoittamisen valvontaa yksityisten palvelujen valvontalainsäädännön mukaisesti. Lisäantuvässä määrin on kuntia, jotka joutuvat ostamaan myös julkisen vallan käyttöön liittyviä sosiaalityöntekijän palveluita toiselta kunnalta, jolloin kuntien on pystyttävä varmistamaan sosiaalityöntekijöiden pätevyydestä ja ammatinharjoittamisen oikeudesta.

Toimenpide-ehdotus 15:

Sosiaalihuollon tehtävissä vaadittavista kelpoisuuksista ja sosiaalityöntekijöiden ammatinharjoittamisesta säädettävien lakien valmistelua on jatkettava.

Sosiaalihuoltolain 18 § tulee muuttaa sosiaalityön määrittämiseksi nykyistä käsitystä vastaavaksi sekä tarkistaa lainmuutoksen mahdolliset seurausvaikutukset muuhun sosiaalilainsäädäntöön.

3.2. Osaaminen ja työkäytännöt

3.2.1. Osaamisen turvaaminen ja kehittäminen täydennyskoulutuksella

Vuoteen 1993 saakka sosiaalihuoltolaissa oli säännös täydennyskoulutuksesta. Valtionosuusuudistuksen yhteydessä ko. säännös poistettiin sosiaalihuoltolaista. Terveystieteiden huollon puolella kansallinen terveysprojekti on esittänyt täydennyskoulutuksen ottamista kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolaikiin.

Kymmenen viime vuoden aikana, kun täydennyskoulutusvelvollisuutta ei ole ollut, osa henkilöstöstä ei ole käynyt lainkaan täydennyskoulutuksessa työelämän vaatimuksien muuttumisesta huolimatta.

Erityinen piirre 1990-luvun sosiaalitoimen henkilöstöpolitiikassa on ollut se, että vanhainkotipaikkojen vähentyessä tilalle perustettuihin asumispalveluyksiköihin on valittu sekä esimieheksi että muuksi henkilöstöksi etupäässä terveydenhuoltoalan koulutuksen saanutta henkilöstöä, jolloin sosiaalialan osaaminen on oleellisesti vähentynyt koko vanhustenhuollosta. Syntynyt tilanne luo omat paineensa henkilöstön täydennyskoulutukselle.

Henkilöstön kehittäminen edellyttää systemaattista ja pitkäjänteistä sekä työpaikalla tapahtuvaa prosessimaista koulutusta että sen ulkopuolella tapahtuvaa täydennyskoulutusta, jotka kytketään tukemaan yksiköiden henkilöstön yhdessä johdon kanssa asettamia taloudellisia, toiminnallisia ja laadullisia tavoitteita. Kaikkien ammattiryhmien täydennyskoulutukseen tulee kuulua työyhteisössä tapahtuvaa työyhteisön kehittämiseen kuuluvaa ja ammattiryhmien keskinäistä yhteistyötä edesauttavaa koulutusta. Ruotsin- ja saamenkielisten työntekijöiden täydennyskoulutustarpeet tulee huomioida ja toteutuksessa tulee käyttää hyväksi virtuaaliopetuksen mahdollisuuksia.

Täydennyskoulutuksen toteuttamiseksi tulee luoda alueellisista toimijoista täydennyskoulutus- verkosto ja suunnitella tarpeen mukaisesti systemaattiset täydennyskoulutusohjelmat eri tehtäväalueille yhteistyössä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, toisen asteen oppilaitosten, järjestöjen sekä sosiaalialan osaamiskeskusten kanssa, viimeksi mainittujen toimiessa koordinaattoreina.

Suuntaa antavana kustannusarviona voidaan pitää sosiaali- ja terveysministeriön laskelmaa, jonka mukaan täydennyskoulutukseen käytetään nykyisellään n. 70 milj. euroa. Uusia kustannuksia tulisi vastaavasti asteittain vuosina 2004 – 2007 yht. n. 70 milj. euroa, josta kuntien osuus olisi vastaavasti toteutettuna yht. 51 milj. euroa.

Toimenpide-ehdotus 16:

Täydennyskoulutusta ja työnohjausta koskevat säännökset lakisäätetään ja laitetaan täytäntöön asteittain vuosina 2005-2007. Työnantaja vel-

voitetaan huolehtimaan henkilöstön täydennyskoulutuksesta ja työnohjauksesta sekä seuraamaan koulutuksen toteutumista osana työyksikön laadun turvaamista ja työntekijä velvoitetaan täydennyskoulutukseen työyksikön kehittämissuunnitelman mukaisesti. Täydennyskoulutuksen minimikesäto määritellään porrasteisesti ottaen huomioon peruskoulutuksen laajuus sekä työtehtävät, keskimäärin 3-10 päiväksi vuodessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, Suomen Kuntaliitto, Kunnallinen työmarkkinalaitos ja ammattijärjestöt laativat täydennyskoulutuksen sisältöä ja toteuttamista koskevat suositukset vuoden 2004 loppuun mennessä.

3.2.2. Sosiaalialan hyvät käytännöt -ohjelma

Sosiaalialalla ei ole riittävästi tutkimustietoa käytössä olevista työmenetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta kansalaisten elämässä. Vähäinen tutkittu tieto ei myöskään saavuta kentän työntekijöitä. On ilmeinen tarve lisätä tutkimusta ja arviointia sekä välittää tietoa hyvistä työkäytännöistä johtamisen ja asiakastyön laadun parantamiseksi sekä kansalaisten osallisuuden ja perusoikeuksien turvaamiseksi.

Hyvät käytännöt -ohjelman tavoitteena on luoda edellytyksiä sille, että sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen työkäytännöt yhä enenevässä määrin perustuvat tutkittuun tietoon ja koeteltuun näyttöön. Ohjelmassa keskitytään kehittämään sosiaalityön ja sosiaalipalvelun työkäytäntöjä ja menetelmiä sekä tuotetaan tietoa toimivista työkäytännöistä, työmenetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta kansalaisten elämässä.

Ohjelma on prosessina etenevä, monien toimijoiden yhteistyöhön ja verkottumiseen perustuva hanke. Ohjelmalla on kolme tavoitetta: 1) Oppiva infrastruktuuri: tavoitteena aikaansaada rakenteita hyvien käytäntöjen kehittämiseksi ja arvioimiseksi, vuodet 2004 – 2010; 2) Hyvät arviointikäytännöt; tavoitteena vakiinnuttaa hyviä käytäntöjä mahdollistavia järjestelmiä ja menettelyjä, vuodet 2005 – 2010; 3) Hyvät käytännöt; tavoitteena koota ja välittää tietoa hyvistä käytännöistä ja niiden tuottamisen edellytyksistä ja prosesseista, vuodet 2006 – 2010. Lopullinen tavoite on luoda pysyviä rakenteita sille, että tuotetaan parempia hyvinvointipalveluja sosiaalialalle.

Hyvät käytännöt -tutkimus ja kehittämisohjelma edellyttää verkostoitumista ja yhteistyötä alan keskeisten toimijoiden kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on ohjelman strateginen suunnitteluvastuu. Yhteistyösopimuksia ovat Stakes, yliopistot, osaamiskeskukset, ammattikorkeakoulut, valtakunnalliset järjestöt ja alan tutkimusyksiköt. Stakesin FinSoc koordinoi ohjelmaa valtakunnallisesti ja osaamiskeskukset vastaavat ohjelman alueellisesta toteuttamisesta jokaista kuntaa hyödyttävällä tavalla. Alueellisten sosiaalialan osaamiskeskusten tehtävänä on vahvistaa tutkivan työotteon ja arvioinnin kehittämistä. Tietoa tulee välittää valtakunnallisesti ja alueellisesti kuntien ja muiden tahojen hyödynnettäväksi esimerkiksi julkaisutoiminnan, kirjallisuuskatsausten, internetin ja verkko-opetuksen ja täydennyskoulutuksen avulla.

Näyttö- ja tietoperusteisten vaikuttavien työkäytäntöjen kokoaminen ja välittäminen edellyttää voimakasta ja osaavaa valtakunnallista toimijaa. Stakesin arviointiyksikkö FinSoc on tehnyt työtä sosiaalipalvelujen arviointimenetelmien kehittämiseksi ja arvi-

ointikulttuurin juurruttamiseksi Suomessa. FinSocin tehtäviä Hyvät käytännöt -tutkimus ja kehittämisohjelmassa olisivat valtakunnallinen sosiaalipalvelujen evaluaation ja vaikuttavien työmenetelmien kehittelytyön kansallinen koordinointi, tiedon monikanavainen levittäminen, konsultointi ja koulutus, systemaattinen tiedontuotanto sekä kansallisen ja kansainvälisen uusimman tiedon välittäminen.

Hankkeeseen ehdotetaan varattavaksi vuosille 2004-2007 yhteensä 5,5 miljoonaa euroa.

Toimenpide-ehdotus 17:

Käynnistetään valtakunnallinen sosiaalialan "Hyvät käytännöt" -ohjelma. Tätä varten tulee osoittaa Stakesin arviointiyksikkö FinSocille ja sosiaalialan osaamiskeskuksille riittävät voimavarat, joita kasvatetaan vaiheittain toiminnan laajenemisen myötä vuosina 2004 - 2007. Hankkeelle muodostetaan ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja FinSocin koordinoimana tehdään vuoden 2003 aikana yksityiskohtainen suunnitelma "Hyvät käytännöt" -ohjelman toteuttamisesta.

3.2.3. Toiminnan vaikuttavuuden, laadun ja tuloksellisuuden arviointi

Arviointi voi olla normipohjaista, hanke- tai ohjelmakohtaista, vertailua parhaisiin käytäntöihin tai vertaisarviointia, ulkoista tai sisäistä arviointia, organisaatiokohtaista, kansallista tai kansainvälistä.

Lakisääteistä arviointia toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriössä osana ohjaustoimintaa ja Stakesissa, jonka FinSoc-yksikkö kehittää ja välittää käytäntöön arviointimenetelmiä. Sosiaaliasiamiesten tehtäviin kuuluu sosiaalialan paikallisen palvelutuotannon arviointi.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Kuntaliitto ovat yhteistyössä luoneet vanhus-tenhuollon, mielenterveyshuollon ja päihdehuollon laatusuosituksat ja oppaat sekä ovat luomassa niitä vammais- ja palvelu- ja varhaiskasvatukseen. Vastaavat laatusuosituksat tulee luoda vielä lastensuojeluun sekä aikuissosiaalityöhön. Laatusuositusten toteuttamista arvioivat lääninhallitukset osana omaa työtään.

Julkisten palvelujen arviointitoiminta on vasta kehittymässä. Valtakunnan tasolla puuttuu esim. lainsäädännön systemaattinen arviointi. Paikallistasolla kunnanvaltuusto ja lautakunnat hyväksyvät toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet vuosittaisissa talousarvioissa ja niiden perusteluissa ja arvioivat niiden toteutumisen tilinpäätösten yhteydessä. Myös tarkastuslautakunnat arvioivat omalta osaltaan toiminnallisten tavoitteiden toteutumista. Toiminnan tuloksellisuuden kehittämiseksi on meneillään useita hankkeita, joissa kunnat ovat mukana. Kuntien sosiaalitoimien tulisi aktiivisemmin olla mukana kehittämishankkeissa ja ottaa sosiaalitoimen palvelujen arviointi osaksi talousarvio- ja -suunnitelmakiertoa.

Sosiaalibarometri 2003:n alustavien tietojen mukaan kuntien sosiaalitoimista vain 29 % toteuttaa systemaattista oman toiminnan tuloksellisuuden arviointia. Yksityiset palvelujen tuottajat kehittävät ja arvioivat toimintaansa systemaattisemmin kuin kuntasektori. Hyvät käytännöt -ohjelmassa tulee toiminnan laadun ja vaikuttavuuden arvioinnille

luoda palvelualoittain valtakunnalliset yleisindikaattorit aloittaen niiltä aloilta, joille on tehty laatusuosituksen sekä valmistella laadun arvioinnin koulutussisältöjä toteutettavaksi prosessikoulutuksena työpaikoilla.

Palvelujen tuloksellisuuden ja taloudellisuuden arvioinnissa sosiaalitaloustieteellä olisi suuri merkitys. Valtakunnallisella tasolla terveystaloustieteen kehittämiseen on panostettu, mutta sosiaalitaloustieteen kehitys on ollut heikkoa. Sen asemaa tulisi vahvistaa sosiaalityön koulutusta antavissa yliopistoissa.

Toimenpide-ehdotus 18:

Sosiaalipalveluiden laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arviointi tulee ottaa sosiaali- ja terveysministeriön seuraavan tavoite- ja toimintaohjelman yhdeksi painopistealueeksi.

3.2.4. Tutkimus-, kehittämis- ja palvelutuotekehitystoiminta

Valtion tiede- ja teknologianeuvosto on esittänyt, että julkisen tutkimusrahoituksen taso korotetaan 300 miljoonalla eurolla vuoteen 2007 mennessä. Ehdotuksen mukaan valtion tutkimusrahoituksen tulisi kasvaa vuosittain 5 prosentilla. Osa tutkimusrahoituksesta on tärkeää suunnata sosiaalialan tutkimus- ja palvelutuotekehitystyöhön, koska alalle kohdistuu tulevana vuosina suuria haasteita alueellisen erilaistumisen ja väestön ikääntymisen myötä. Kaikkiin merkittäviin kehittämishankkeisiin tulisi jatkossa liittää mukaan arviointi.

Yliopistollisessa tutkimustoiminnassa on laajentumisesta huolimatta vielä runsaasti aukkoja. Sosiaalialalle tarvittaisiin tutkimustarpeiden ja tiedontarpeiden analyysi tietoaaukkojen paikantamiseksi, tutkimuksen tarkoituksenmukaiseksi koordinoimiseksi sekä koulutuksen tietotarpeiden kattamiseksi ja sen pohjalta tulisi laatia tutkimuksen ja työmenetelmien kehittämisohjelma. Yliopistojen tieteellinen tutkimus alan tiedontuotantona ja kehittämistoiminnan tukena sekä ammattikorkeakoulujen käytännön hankkeissa mukana oleva tutkimus- ja kehittämistoiminta muodostavat työnjaollisen sosiaalialan tutkivan kehittämisen perustan ja edellyttävät tiivistä ja hedelmällistä yhteistyötä.

Järjestöt tekevät merkittävää tieteellistä tutkimusta oman erityisalueensa tai tietyn ihmisryhmän hoidon, kuntoutuksen ja palveluiden kehittämiseksi ja niiden tutkimus- ja tiedontuotantotoiminnalle on luonteenomaista kokemuksellisen tiedon ja tutkimuksellisen tiedon yhdistäminen. Useilla järjestöillä on joko omia tutkijoita tai sopimuksellista yhteistyötä yliopistojen kanssa. Soveltavan tutkimuksen tekemiseen järjestöt saavat avustusta Raha-automaattiyhdistykseltä.

Järjestöjen tutkimus-, -kehittämis- ja koulutusyksiköt on tarpeen niveltää olemassa olevien sosiaalialan osaamiskeskusten verkostoon itsenäisinä järjestöjen ylläpitäminä erityisosaamisen yksikköinä. Näin voidaan turvata järjestöihin tiettyjen erityisryhmien ja tiettyjen kehittämisalueiden osalta kertyneen tiedon ja osaamisen käyttöönotto sosiaalialan kehittämisessä.

Sosiaalialalla valtakunnallisesti alan tutkimukseen on käytettävissä vain murto-osa siitä volyymistä, jota käytetään esimerkiksi terveydenhuollon tutkimuksessa, vaikkakin ne toiminnallisesti muodostavat lähes yhtä suuren osan kuntien budjeteista ja henkilöstöstä. Sosiaalialalla ei myöskään ole käytettävissä suurten yritysten rahoitustukea tutkimukselle ja tuotekehitykselle.

Alueellisen ja seudullisen toiminnan korostuminen tulevina vuosina vaatii tuekseen tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Sosiaalialan opetus-, tutkimus- ja tuotekehitystoimintaa voidaan vahvistaa siten, että luodaan seudullinen erityisosaamista kehittävä toimintayksiköiden verkosto. Tällainen verkosto mahdollistaisi myös valtakunnallisen kehittämistoiminnan nykyistä hallitummin; kehittämisrahaa voidaan ohjata suoraan ko. alan alueellisiin kehittämisyksiköihin. Pääosa verkoston kustannuksista muodostuisi kunnallisiin yksiköihin sijoittuvista tutkimus-, kehittämis- ja koulutusviroista. Sopiminen siitä, mitkä ja minkä kunnan yksiköt nimetään valtion rahoitusta saaviksi kehittämisyksiköiksi, tapahtuisi sosiaalialan osaamiskeskusten tarjoaman alueellisen neuvottelujärjestelmän avulla. Tavoitteena tulee olla koko maan kattava, käytäntöön ankkuroitu tutkimus- ja kehittämisyksiköiden verkosto. Tarkemmin tulee selvittää, miten hallinnollisesti voitaisiin järjestää tällaisen pitkäjänteisen kehittämistoiminnan turvaava rahoitus.

Osaamiskeskusten perusrahoitus on turvattu valtionavustuksella vuoden 2002 alusta voimaan tulleella lailla, mutta rahoituksen taso on jo nyt osoittautunut liian alhaiseksi Tiedon tuottamisen ja levittämisen ohella haasteena on tiedon palautejärjestelmien ja hyvien käytäntöjen luominen, jossa tehtävässä osaamiskeskukset myös ovat ratkaisevassa asemassa. Verkostoituvat erityispalvelut -kehittämishanke, jonka tehtävänä tähän asti on ollut sosiaalihuollon erityispalvelujen turvaaminen kaikille niitä tarvitseville kaikkialla maassa kunnan koosta riippumatta, päättyy vuoden 2003 loppuun mennessä ja tehtävät siirtyvät osaamiskeskuksille, jotka valmistautuvat profiloitumaan ja ottamaan sovisti vastuulleen tiettyjä erityistehtäviä.

Toimenpide-ehdotus 19:

Sosiaalialan osaamiskeskusten perusrahoitusta tulee korottaa. Valtakunnallisten erityistehtävien hoitamiseen on varattava erillinen määräraha, jonka kohdentamisesta sosiaali- ja terveysministeriö sopii sosiaalialan osaamiskeskusten kanssa.

Järjestöjen tutkimus, -kehittämis- ja koulutusyksiköt on nivellettävä olemassa olevien sosiaalialan osaamiskeskusten verkostoon itsenäisinä järjestöjen ylläpitäminä erityisosaamisen yksikköinä.

3.2.5. Tiedolla ja teknologialla parempaa sosiaalihuoltoa

Tieto ja sen hyvä hallinta on yksi sosiaalihuollon toiminnan edellytyksistä. Riittävää, luotettavaa ja oikea-aikaista tietoa tarvitsevat niin sosiaalihuollon työntekijät ja päätöksentekijät kuin asiakkaatkin. Tieto-ohjauksella suunnataan sosiaalihuollon kehitystä kohti parempia palveluja. Nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä sosiaalialan työn-

tekijän on pystyttävä jatkuvasti päivittämään osaamistaan ja työnsä tietopohjaa. Tiedon saannissa, käsittelyssä ja käytössä on kuitenkin puutteita ja vaikeuksia.

Hyvällä tiedon hallinnalla luodaan tiedolliset edellytykset sosiaalihuollon toiminnalle, johtamiselle ja kehittämiselle mahdollisimman tehokkaalla tavalla. Tiedon hallintaan kuuluu selkeä kuva tietotarpeista sekä suunnitelma siitä, miten tiedot saadaan, miten niitä säilytetään, käsitellään ja suojellaan ja miten ne välitetään käyttäjille. Tietoteknologia tarjoaa välineet tiedon hallinnalle.

Tiedon hallinnan opetus tulee sisällyttää sosiaalialan perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käynnissä laajoja hankkeita alueellisen yhteistoiminnan ja saumattomien palveluketjujen kehittämiseksi. Keskeisenä kehittämiskohteena ovat tiedon hallinnan välineet: alueelliset asiakas- ja potilastietojärjestelmät, sähköiset asiakirjat, sähköinen tunnistaminen ja tietoturvallinen tietoarkkitehtuuri. Vaikka tavoitteena ovat sekä terveydenhuoltoa että sosiaalihuoltoa palvelevat järjestelmät, kehittämistyö ja toiminnan kannalta keskeiset ratkaisut tehdään terveydenhuollon tarpeiden mukaan. Sosiaalihuollosta puuttuvat yhtenäisesti määritellyt luokitukset, käsitteet ja termit. Asiakasdokumenttien tuotannosta, hallinnasta ja arkistoinnista ei ole kansallisen tason ohjeistusta. Dokumentointi ei tue tiedon sähköistä käsittelyä.

Internet on noussut nopeasti yhdeksi tärkeimmistä tiedon hankinnan väylistä. Kansalaiset saavat sosiaalihuollon tietoa niin alan järjestöjen kuin kuntienkin verkkosivuilta. Verkkopalvelujen laatu on usein heikko. Sähköisiä asiointipalveluja on käytössä vähän. Sosiaalialan mahdollisuuksia sähköiseen asiointiin ja tiedonsaantiin tulisikin parantaa julkisen hallinnon sähköisen asioinnin toimintaohjelman mukaisesti. Alan ohjaus- ja asiantuntijatiedon saatavuus tietoverkkojen kautta tulisi varmistaa ja kehittää sähköisiä palveluja myös ammattilaisten tarpeisiin.

Sosiaalihuoltoon tulisi luoda sähköisten asiakasdokumenttien tuotantoa, hallintaa ja arkistointia ohjaavat säännökset ja ohjeet. Stakesin voimavaroja sosiaalialan tietohallinnan, tietojärjestelmien, sähköisen asioinnin ja valtakunnallisten tietoaineistojen saatavuuden ja käytettävyyden kehittämiseksi tulee lisätä.

Sosiaalihuollon sähköistä asiointia, asiakirjoja ja tietojärjestelmiä varten tulee kehittää terveydenhuollon käytäntöjen kanssa yhteen sopivia kansallisen tason ratkaisuja. Sosiaalialan osuutta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä alueellisissa tietojärjestelmä- ja teknologiahankkeissa tulee vahvistaa sekä edistää niissä kuntien yhteistoimintaa. Sosiaalialan tietohallinnon alueellisista toimijoista tulee paikallisesti sopia. Tietohallinnon alueelliseen yhteistyöhön ehdotetaan varattavaksi 2 500 000 miljoonaa euroa vuodessa ajalla v. 2004 - 2007.

Toimenpide-ehdotus 20:

Sosiaalihuollon sähköistä asiointia, asiakirjoja ja tietojärjestelmiä varten kehitetään terveydenhuollon käytäntöjen kanssa yhteen sopivia kansallisen tason ratkaisuja.

Sosiaalialan osuutta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä alueellisissa tietojärjestelmä- ja tietoteknologiahankkeissa vahvistetaan. Kuntien yhteistoimintaa sosiaalihuollon tarpeita palvelevien alueellisten ja seudullisten tietojärjestelmien kehittämisessä, hankinnassa ja ylläpidossa edistetään. Sosiaalialan tietohallinto-osaamista kootaan ja kehitetään alueellisiin tukiyksiköihin, joina voivat toimia esimerkiksi sosiaalialan osaamiskeskukset.

3.3. Sosiaalihuollon johtamisen kehittäminen

3.3.1. Sosiaalihuollon johtaminen

Sosiaalihuollossa on kyse kuntalaisten sosiaalisten perusoikeuksien turvaamisesta ja hyvinvointipalvelujen järjestämisestä perusoikeuksien edellyttämällä tavalla. Johtamisen perimmäisenä tarkoituksena on toiminnan ohjaaminen niin, että asiakkaiden tarpeet tulevat tyydytetyiksi resurssien sallimissa rajoissa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Sosiaalihuollon johtavien viranhaltijoiden vastuulla on sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutuotannon suunnittelu ja toteuttaminen sekä sosiaalisten olojen kehittäminen ja epäkohtien poistaminen. Sosiaalihuollon osuus kunnan perustehtävistä on laaja ja kunnan vuosittaisesta talousarviosta merkittävä, mikä edellyttää alalle vastuullista, tehtävät tuntevaa johtajaa. Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän selvityksen mukaan joissakin kunnissa sosiaalihuollon johtajan virka on lakkautettu ja tehtävät annettu muille viranhaltijoille, joilla ei välttämättä ole alan koulutusta, mikä vaarantaa asiakkaitten oikeusturvaa ja perusoikeuksien toteutumista. Kunnallisen henkilörekisterin mukaan useat kymmenet pienet kunnat ovat vailla sosiaalihuollon johtavaa viranhaltijaa. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan kunnan sosiaalihuollossa tulee olla johtava viranhaltija. Pienissä kunnissa sosiaalijohtajan tehtävät saattaa tarkoituksenmukaista hoitaa seudullisin järjestelyin.

Sosiaalialan kehittämistyö, sosiaalinen raportointityö sekä sosiaalinen, kokemukselliseen tietoon pohjaava muutostyö on vaarantunut edellä kuvatun kehityksen seurauksena. Sosiaalisen elementin huomioiva kilpailuttaminen sekä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden valvonta edellyttävät sosiaalialan johtajalta myös alan substanssin osaamista aiempaa oleellisesti laajemmin.

Sosiaalihuollon johtaminen voidaan järjestää ja on järjestetty eri kunnissa erilaisin tavoin. Johtaminen voi olla yhdistettyjen toimialojen johtamista, sosiaalihuollon johtamista, sosiaalityön johtamista, sosiaalipalvelualojen, kuten vanhustyö tai päivähoito, johtamista tai yksittäisten sosiaalipalveluyksiköiden johtamista.

Toimenpide-ehdotus 21:

Esitetään lisättäväksi sosiaalihuoltolain 10 §:ään säädös, että kunnassa tulee olla käytettävissä sosiaalihuollon johtavan viranhaltijan työpanos.

Esitetään kelpoisuuslakiin säädös, jonka mukaan sosiaalihuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon pääasiassa hallinnollisiin johtamistehtäviin on

kelpoinen henkilö, jolla on sosiaalityöntekijän kelpoisuus tai tehtävään soveltuva muu ylempi korkeakoulututkinto, alan tuntemusta sekä riittävä johtajakoulutus. Sellaisissa kunnan sosiaalihuollon johtamistehtävissä, joihin liittyy myös asiakastyötä ja sosiaalityön johtamistehtäviä kelpoisuutena on sosiaalityöntekijän kelpoisuus, perehtyneisyys sosiaalihuoltoon ja tehtävän edellyttämä johtamistaito.

3.3.2. Johtamiskoulutuksen lisääminen

Johtamisen haasteet ovat kasvaneet ratkaisevasti viime vuosina. Sosiaalihuollon ja sosiaalityön sekä sosiaalialan yksiköiden johtamisessa korostuvat tuloksellisuusvaatimukset ja tehtävissä vaaditaan asiantuntija-, henkilöstö-, laatu-, prosessi- ja talousjohtamiseen sekä erityisesti verkostojohtamiseen liittyviä taitoja. Työhyvinvoinnin ylläpitäminen edellyttää voimakasta panostamista keskijohdon johtamismenetelmien kehittämiseen ja vahvistamiseen sosiaalialan toimintayksiköissä.

Johtamiskoulutuksen sisällön kehittämiseksi tulee selvittää tarjolla olevat johtamisen täydennyskoulutusohjelmat ja analysoida nyt toteutettavan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen PD-koulutuksen kokemuksia. Tulee myös kuulla asiantuntijoita ja pohtia koulutuksen toteuttamisvaihtoehtoja. Tulevaisuutta ajatellen tulee harkita johtamiskoulutuksen sisällyttämistä alan henkilöstön peruskoulutukseen. Jo työelämässä olevien osalta johtamiskoulutus tulee toteuttaa täydennyskoulutuksena ja mahdollisuuksien mukaan sovittaa se yhteen terveydenhuoltoon suunniteltavan johtamiskoulutuksen kanssa.

Toimenpide-ehdotus 22:

Sosiaalialan johtamiskoulutuksen tarpeet tulee huomioida perustettaessa sosiaali- ja terveystieteiden johdon koulutuksen työryhmää.

3.4. Henkilöstön työolot

3.4.1. Henkilöstön jaksaminen

Työn henkinen rasittavuus ja kiire lisääntyi sosiaalialalla viime vuosikymmenen lopulla. Sairauslomille hakeutuminen lisääntyi sosiaalialalla eniten sosiaalityöntekijöiden, perushoitajien ja lastentarhanopettajien osalta. Keski-ikäisen nousun lisäksi kehitystä selittävät työmäärän ja vaativuuden kasvu, eettinen kuormittuminen työssä, väkivallan pelko ja johtamisen ongelmat sekä viime vuosina tapahtuneet laajat organisaatiouudistukset.

Keinoina työssä jaksamiseen ovat ennen kaikkea työolosuhteiden parantaminen, työkyvyn ja ammattitaidon ylläpitäminen, henkilöstöpolitiikan ja johtamisen kehittäminen, palkkauksen kehittäminen koulutustasoa ja työelämän vaatimustasoa vastaavaksi sekä työntekijöiden määrän mitoittaminen palvelujen tarvetta vastaavaksi. Työelämän kehittämisohjelman johtoryhmä on valmistelemassa työelämän tuottavuuden ja laadun kehittämisohjelmaa (TYKES) vuosille 2003 – 2009, jonka tavoitteena on edistää työpaikko-

jen kehittämistä omatoimisesti mm. elinikäisen oppimisen periaatteella. Työelämän kehittämishjelmaan tulisi sisällyttää vuosina 2004 – 2007 vuosittainen määräraha (2 milj. €/vuosi) sosiaalialan työyhteisöjen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä VETO-ohjelma, joka jatkuu vuoteen 2006 yhteistyössä Työterveyslaitoksen, työsuojelun piirihallinnon sekä muiden ministeriöiden ja valtakunnan toimijoiden kanssa, keskittyy työpaikkoja, työyhteisöjä ja yksilöitä tukevien organisaatioiden toimintatapojen ja –muotojen sekä toimintaperiaatteiden kehittämiseen.

Sosiaalialalla esiintyvät palkkaukselliset epäkohdat heikentävät oleellisesti alan veto-voimaisuutta sekä henkilöstön työmotivaatiota ja jaksamista. Palkkausta tulee kehittää tulospalkkauksen suuntaan ja huolehtia erityisesti kunta-alan sisällä eri hallinnonalojen välisessä palkkakehityksessä jälkeen jääneiden ammattiryhmien palkkauksen nostamisesta. Iäkkäämpien työntekijöiden jaksamista tulee edistää kehittämällä heidän tehtäväkuviaan mentoroinnin ja opiskelijoiden ohjaustehtävien suuntaan. Aslak- ym. kuntoutusta tulee järjestää alueellisesti tai valtakunnallisesti koottaville ammattiryhmille pienten ammattiryhmien osallistumisen mahdollistamiseksi niihin.

Toimenpide-ehdotus 23:

Sosiaali- ja terveysministeriön VETO-ohjelmassa tulee ottaa yhdeksi painopistealueeksi sosiaalialan henkilöstön jaksamista edistävät toimenpiteet.

Sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton ja Kuntien eläkevakuutuksen ehdotetaan laativan yhdessä kuntien sosiaalialan henkilöstön työhyvinvoinnin keskipitkän tähtäimen toimintaohjelma, jonka vaikuttavuutta tulee seurata. Ohjelman suunnittelussa tulee hyödyntää Kuntien eläkevakuutuksen johdolla toteutettavan Kuntatyö 2010-tutkimuksen tuottamaa tietoa sosiaalialan henkilöstön työolosuhteista.

Selvityshenkilöt esittävät, että henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi kuntatyönantajan tulee huolehtia sosiaalialan vetovoimaisuuden säilymisestä ja palkkauksen kilpailukykyisyydestä.

3.4.2 Sosiaalitoimistojen kriisiytyneiden työskentelyolosuhteiden kehittäminen

Sosiaalitoimen suuret palvelujenkäyttäjryhmät (vanhukset ja päivähoidon asiakkaat) pääsevät palvelujen piiriin ilman sosiaalityöntekijän työpanosta. Sen sijaan lasten, perheiden ja yksin asuvien aikuisten kasvavat sosiaalistumis- ja integraatioprosessien vaikeudet, pitkäaikaistyöttömien, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten, asunnottomien, vankilasta vapautuvien, eri tavoin vammaisten, ylivelkaantuneiden ja heidän perheittensä kasaantuvat elämänhallinta- ja toimeentulo-ongelmat vaativat sosiaalityöntekijöiden työpanosta. On suuri vaara, että sosiaalitoimen ns. vähävoimaisimmat asiakasryhmät jäävät vaille tarpeen mukaisia palveluja, ellei päteviä sosiaalityöntekijöitä saada riittävästi palkatuksi sosiaalitoimistojen perussosiaalityöhön ja takaamaan ko. erityisryhmien asiakkaille pääsyä palvelujen tarpeen selvitykseen riittävän nopeasti.

Monet sosiaalityön asiakkaat tarvitsevat tuekseen samanaikaisesti sekä sosiaalityöntekijän työtä että sosiaalipalveluja. Sen vuoksi on tärkeää hyödyntää sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien (amk) yhteistyötä. STM:n Sosiaalihuollon tehtävä- ja ammattirakenteen kehittämishanke (STEAM) kehittää ja arvioi erilaisin kokeiluin tätä yhteistyötä, minkä pohjalta näiden kahden ammattiryhmän tehtävärakenteita tulee kehittää sosiaalitoimistojen asiakastyön helpottamiseksi. Eri ammattiryhmien (sosiaalityöntekijät, sosionomit, etuuskäsittelijät) työn tiimiyttämistä tai parityöskentelyä tulee kehittää. Sosiaalityön painopistettä tulee muuttaa asiakastyössä sosiaaliseen muutostyöhön, yhteisölliseen sosiaalityöhön ja sosiaaliseen raportointiin sekä työkäytäntöjen systemaattiseen kehittämiseen.

Talvella 2002 - 2003 tehtiin sosiaalitoimistojen organisaatioiden toimivuustutkimus n. 50:ssä sosiaalitoimistossa. Sen tulosten perusteella sosiaalitoimistojen työkäytännössä ja toimivuudessa on suuria eroja eri toimistojen kesken ja suuria puutteita vertailtaessa niiden toimintaa yksityiseen toimintaan. Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalitoimiston muiden ammattiryhmien työuupumus on lisääntymässä, johtaen erityisesti sosiaalityöntekijöiden osalta useasti jo työkyvyttömyyseläkkeelle psyykkisillä perusteilla. Vuonna 2002 perustettu sosiaalityön neuvottelukunta on todennut, että pitkään jatkunut pula pätevistä sosiaalityöntekijöistä heikentää sosiaalityön saatavuutta ja laatua. Syynä sosiaalivirastojen sosiaalityöntekijäpulaan ja sosiaalityöntekijöiden jatkuvaan vaihtuvuuteen ovat mm. kuntien sosiaalitoimistojen työmäärien epäinhimillinen mitoitus, työn henkinen raskaus ja alhainen palkkataso suhteessa työntekijöiden koulutustasoon, työn rasenteen ja vaativuuteen.

Sosiaalitoimistojen työtapoja on kehitettävä asiakaslähtöisesti. Kehittämishankkeissa kannattaa hyödyntää Työelämän kehittämisohjelman rahoitusta. Yhteistyömuotoja terveystyö-, työvoima-, asunto-, opetus- ja poliisitoimen kanssa sekä ylikunnallista yhteistyötä on lisättävä.

Sosiaalitoimistojen vastaanottotyö on käynyt entistä turvattomammaksi. Sosiaalitoimistojen esimiesten on huolehdittava, että työyksikössä on ajan tasalla oleva työturvallisuussuunnitelma ja sen mukaiset toimenpiteet toteutettuna sekä mahdollistettava asianmukainen täydennyskoulutus.

Toimenpide-ehdotus 24:

Sosiaalitoimistojen kehittämistyötä esitetään vauhditettavaksi erillisellä ohjelmalla ja ottamalla sitä koskevat hankkeet yhdeksi sosiaali- ja terveysministeriön vuosien 2004 – 2007 tavoite- ja toimintaohjelman sekä hankkevaltionavustusten painopistealueeksi.

4. PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN KUNNASSA

4.1. Kunnallinen ja alueellinen sosiaalipolitiikka

Sosiaalitoimen rooli kunnallisena toimijana ei rajoitu sosiaalipalveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen. Sosiaalitoimen tehtävänä on myös huolehtia siitä, että kunnallisessa päätöksenteossa arvioidaan ja otetaan huomioon päätösten vaikutukset kuntalaisten hyvinvointiin. Sosiaalitoimi välittää päätöksentekoon kuntalaisten tarpeita ja näkemyksiä ja toisaalta tuo asiantuntemuksensa mukaan päätöksentekoon. Sosiaalitoimen keskeinen tehtävä on rakentaa pitkäjänteistä kunnallista ja alueellista hyvinvointipolitiikkaa. Tässä tehtävässä onnistuminen edellyttää mm. systemaattista tieteellistä tutkimusta väestön hyvinvoinnista ja arviointivälineiden kehittämistä päätöksenteon tueksi.

Hyvinvointipoliittisena toimijana kunnan sosiaalitoimen tulee olla aktiivinen, aloitteellinen ja yhteistyöhön haastava. Huomattava osa kuntalaisten hyvinvointiin keskeisesti vaikuttavista päätöksistä tehdään sosiaalitoimen ulkopuolella. Sosiaalisen näkökulman huomioiminen muilla kunnan sektoreilla, erityisesti terveydenhuollossa, opetuksessa, kulttuuritoimessa, nuorisotyössä, asuntoasioissa ja joukkoliikenteen järjestelyissä, voi edesauttaa kuntalaisten osallisuutta ja toimintakykyä ja ehkäistä syrjäytymistä ja tätä kautta ajautumista sosiaalitoimen viimesijaisten palveluiden piiriin. Sosiaalitoimi voi aktiivisella roolillaan merkittävästi vaikuttaa paikalliseen ja alueelliseen kehitykseen. Panostamalla ennaltaehkäisevään ja rakenteelliseen työhön luodaan myös edellytyksiä paikallisyhteisön eheydelle ja turvallisuudelle.

Kuntatason ohella kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavia strategisia päätöksiä tehdään enenevässä määrin myös seudullisella ja maakunnallisella tasolla. Sosiaalialan näkemysten huomioiminen sekä seudullisessa että maakunnallisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa edellyttää keskeisten maakunnallisten toimijoiden yhteistyörakenteiden vahvistamista niin, että niissä on edustettuna myös kuntatason sosiaalipoliittinen näkemys. Sosiaalialan osaamiskeskuksilla ja lääninhallituksilla on tässä yhteistyörakenteessa keskeinen rooli kuntien näkemysten välittäjänä.

4.2. Palvelujen porrastus kunnassa

Sosiaalipalveluiden järjestäminen 2000-luvulla edellyttää uusia toimintatapoja. Palveluiden järjestämistavan ensisijainen lähtökohta on palveluja tarvitsevan asiakkaan, kuntalaisen etu. Alueellinen erilaistuminen yhdistyneenä kasvavaan palvelutarpeeseen merkitsee myös lisääntyvää erilaistumista palvelujen järjestämistavoissa. Erilaistumiskehitys näyttää myös johtavan alueelliseen eriarvoisuuteen sosiaalisiin perusoikeuksiin kuuluvien palvelujen saatavuudessa. Sosiaalisten perusoikeuksien toteutumisen turvaaminen ja alueellisen tasa-arvoisuuden lisääminen sosiaalipalvelujen saatavuudessa edellyttää palvelujen järjestämistapojen uudelleenarviointia ja määrätietoista kehittämistä sekä panostamista sellaisiin ennaltaehkäiseviin toimiin, joilla palvelujen tarvetta ja kysyntää voidaan ehkäistä ja vähentää.

Sosiaalipalveluiden erityispiirteisiin kuuluu, että ne pääosin ovat lähipalveluita, jotka tuotetaan asiakkaan kotiin, kodinomaisissa olosuhteissa tai asiakkaan välittömään

asuin/elinpiiriin. Sosiaalipalveluille on ominaista vahva yhteisöllinen sidos, ne tuotetaan tietyssä sosiaalisessa yhteisössä ja ne kiinnittävät asiakkaan yhteisöön. Tämä yhteisöllisyys on myös sosiaalihuollon keskeinen arvolähtökohta. Yhteisöllisyys on keskeinen osa sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta. Sosiaalipalvelujen yhteisöllisellä luonteella on merkitystä myös kun arvioidaan erilaisia palvelujen järjestämistapoja.

Kunnan järjestämisvastuulla olevat sosiaalipalvelut on määritelty sosiaalihuoltolain 17 §:ssä. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai hankkia palveluja myös valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkisyyhteisöltä tai yksityiseltä palvelun tuottajalta. Kehitysvammahuollossa jokaisen kunnan on kuuluttava valtioneuvoston vahvistamaan erityishuoltopiiriin kuntayhtymään.

Arviolta puolessa Suomen kunnista sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on hallinnollisesti ja osin toiminnallisestikin yhdistetty. Terveyskeskuskuntayhtymien purkautuminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollinen yhdistäminen peruskunnissa oli 1990-luvulla selkeä kehitystrendi. Kansallisessa terveydenhuoltoprojektissa on tavoitteeksi asetettu terveydenhuollon osalta pyrkimys suurempiin, seudullisiin palvelukokonaisuuksiin.

Sosiaalipalvelujen porrastustarve on palvelujärjestelmän kehittämisen ja palvelujen saatavuuden turvaamiseksi välttämätöntä. Tähän liittyvää kehitystyötä onkin jo tehty mm. STM:n Verkostoituvat erityispalvelut –hankkeen puitteissa. Sosiaalipalvelujen porrastusta on selvitystyön puitteissa tarkasteltu useilla eri kriteereillä. Palveluluokitteluja ja palvelujen järjestämisen edellyttämää väestöpohjaa arvioitaessa on palvelutapahtuman tai palvelupisteen fyysisen sijoittumisen lisäksi huomioitava palvelujen asiakasryhmäkohtainen saavutettavuus. Palvelujen hallinnollinen järjestäminen on lisäksi oma erilliskysymyksensä.

Selvitystyössä sosiaalipalvelut on alustavasti ryhmitelty toiminnallisesti kolmeen ryhmään: lähipalveluihin, seudullisesti tuotettaviin lähipalveluihin ja seudullisiin palveluihin. Palvelujen hallinnollinen organisointi voidaan toteuttaa usealla eri tavalla paikallisten olosuhteiden mukaan. Ryhmittelyn lähtökohtana on seudullisuudesta puhuttaessa tilastollinen työssäkäyntialue tai sitä vähän suurempaa mahdollista työssäkäyntialuetta vastaava seutu. Olennaista on, että tässä tarkoitettu seutu on kunnille luonteva strategisen yhteistyön alue. Tässä kuvattavat seudulliset järjestelyt eivät luonnollisesti koske niitä kaupunkeja ja kuntia, joiden väestöpohja on riittävä palvelujen omaehtoiseen järjestämiseen.

Lähipalvelulla tarkoitetaan tässä palvelua, joita asiakas tarvitsee jatkuvasti: usein tai päivittäin. Palvelu on oltava saatavissa mahdollisimman lähellä asiakkaan kotia, kotikunnassa olevassa toimipisteessä tai asiakkaan kotona. Lähipalvelut voidaan siten jakaa vielä kotiin annettaviin palveluihin ja muihin kotikunnassa järjestettäviin lähipalveluihin. Esimerkki kotiin tuotettavista lähipalveluista on vanhusten kotipalvelu ja muista lähipalveluista päiväkot.

Seudullisesti tuotettavissa lähipalveluissa toimii esim. yksi yhteinen seudullinen yksikkö tai seudulla on muuten järjestetty yhteinen työntekijä, joka tarvittaessa tulee asiakkaan kotikuntaan joko asiakkaan luokse tai kunnassa olevaan toimipisteeseen. Seudullisesti järjestettävissä lähipalveluissakin siis varsinainen palvelutapahtuma on asiakkaan kotona tai kotikunnassa sijaitsevassa toimipisteessä. Esimerkkejä seudullisesti tuotetta-

vista lähipalveluista ovat erityislastentarhanopettajan palvelut tai vammaishuollon sosiaalityö.

Erityisosaamista vaativat sekä pienille asiakasryhmille tarkoitetut sosiaalipalvelut on tarkoituksenmukaisinta järjestää seudullisesti tai tarvittaessa tätäkin laajemmalla väestöpohjalla. Perusteluna seudullisuudelle on ennen kaikkea tarvittavan erityisosaamisen turvaaminen. Seudullisia palveluyksiköitä ovat esim. kasvatus- ja perheneuvola, päihdehuollon polikliniset palvelut sekä lastensuojelun erityispalvelut. On myös huomattava, että monien hallinnollisten tukipalvelujen seudullisella hoitamisella voidaan saavuttaa selkeitä taloudellisia hyötyjä ja siten kohdentaa lisää voimavaroja varsinaiseen palvelutoimintaan.

Seutukunta on tällä hetkellä keskeinen kuntien strategisen yhteistyön perusalue. Seutuyhteistyön kehittämisen kannalta ongelmalliseksi on osoittautunut seudullisen päätös- ja toimivallan organisointi ja sen suhde kunnalliseen päätöksentekoon. Valtakunnallisen seutukokeiluhankkeen puitteissa toimivaltaa on siirretty mm. kuntien omistamille osakeyhtiöille. Tässä selvitystyössä lähtökohtana on ollut, että seudullisten palvelujen tuottaminen perustuu pääsääntöisesti matalaan organisaatioon ja sopimusperusteisiin malleihin, joissa ns. vastuullinen keskuskunta/kunnat huolehtii palvelujen järjestämisestä. Palvelujen varsinaisesta tuottamisesta voi vastata myös järjestö, säätiö tai yksityinen palvelun tuottaja. Vastuullinen keskuskunta -mallilla halutaan varmistaa, että kaikilta alueilta löytyy toimivaltainen juridinen henkilö, joka voi edustaa seutukuntaa suhteessa valtionhallintoon. Keskuskunta -mallin ohella kunnat voivat luonnollisesti käyttää muita voimavarojen kokoamismalleja kuten kuntayhtymää, säätiötä tai joissakin tapauksissa osakeyhtiötä.

Mallilla ei myöskään ole tarkoitus korvata jo olemassa olevia toimiviksi osoittautuneita yhteistyöjärjestelyjä.

Seudullisten voimavarojen yhteen kokoamisesta saatavat hyödyt on helppo osoittaa silloin, kun on kyse edellä kuvatun kaltaisista erityispalveluista. On kuitenkin todennäköistä, että monilla seuduilla merkittävää toiminnallista ja taloudellista hyötyä olisi saatavissa myös niissä lähipalveluissa, joihin sitoutuu suuria voimavaroja kuten päivähoito ja vanhustenhuolto. Järjestämällä peruspalvelujakin seudullisesti voitaisiin saavuttaa sekä säästöjä että laadullisesti paremmin kehittyviä ja erilaistuvia palveluja. Näin voitaisiin vastata paremmin seudullisen kilpailukyyn ja erikoistuvien palvelutarpeiden haasteeseen. Voimavarat kokoavalla seudullisella yhteistyöllä voitaisiin saada aikaan seudun ja sen asukkaiden hyvinvoinnin kannalta parempi tulos. Seudun mitassa toimien olisi todennäköisesti helpompi saada henkilöstöä erikoistuviin ja kehittyviin palveluihin kuin yksittäisiin kuntiin. Myös henkilöstön toimenkuvien moderni kehitys ja mielekkyys on helpompi järjestää seudun tasolla, mikä osaltaan parantaa kuntatyöntekijän kilpailukykyä.

Tavoitteena tämän kaltaisessa seudullisessa voimavarojen kokoamisessa olisi henkilöstön osaamisen seudullisella käytöllä ja kehittämisellä tukea nykyisiä peruskunnissa olevia palveluyksiköitä ja tarjota niissä aiempaa parempaa laatua. Tavoitteena ei ole palveluyksiköiden keskittäminen, vaan eräänlainen seudullinen versio palvelurintama-taustatuki –ajattelusta (frontoffice – backoffice).

Seutuyhteistyön nykytilan perusteella arvioiden edellä kuvattu lähipalvelujen seudullinen järjestäminen on todennäköisesti enemmän pitkántähtäimen mahdollinen kehityslinja, jota taloudelliset realiteetit voivat nopeuttaa. Siksi seutukehityksen tukemiseksi on järkevää ensi vaiheessa keskittyä seudullisesti tai laajemmalla väestöpohjalla tuotettaviin erityispalveluihin. Seutukuntien rakenne ja seutuyhteistyön tila maan eri osissa vaihtelee suuresti. Seudullisten yhteistoimintamallien soveltuvuuden arviointi edellyttää koko maan tilanteen kartoittamista. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ja koordinoimana on jo käynnistetty kartoitustyö, jonka toteutuksesta vastaavat alueelliset Verkostoituvat erityispalvelut -ryhmät ja sosiaalialan osaamiskeskukset. Tavoitteena on, että kartoitustyö saataisiin toteutettua jo tänä vuonna, mutta tehtävän laajuuden vuoksi sitä tulisi varautua jatkamaan myös vuonna 2004.

Toimenpide-ehdotus 25:

Verkostoituvat erityispalvelut –hanke ja sosiaalialan osaamiskeskukset valmistelevat vuoden 2003 loppuun mennessä koko maan kattavasti seudulliset suunnitelmat sosiaalihuollon erityispalvelujen (lastensuojelu, päihdehuolto, vammaispalvelut, erityispäivähoito) järjestämisestä. Kartoitustyö ja suunnitelmat tulee tehdä yhteistyössä terveydenhuollon alueellisten toimijoiden kanssa. Tuloksena syntyvät nykytilanteen pohjalta tehdyt suunnitelmat, joihin kunnat ovat sitoutuneet ja joiden toimeenpanoon vastuullinen keskuskunta voi hakea hankerahoitusta vuodelle 2004.

4.3. Järjestöjen ja yksityisen sektorin rooli

Sosiaali- ja terveysjärjestöissä on jäsenenä noin kaksi miljoonaa kansalaista. Järjestöissä arvioidaan olevan noin 180 000 – 200 000 vapaaehtoistoimijaa, mikä vastaa henkilötyövuosina 25 000. Järjestöjen toimintamenot ovat vuositasolla yli miljardi euroa. Raha-automaattiyhdistyksellä on merkittävä osuus järjestöjen toiminnan rahoituksessa. Sosiaali- ja terveysjärjestöissä arvioidaan olevan 26 000 päätoimista työntekijää ja järjestöt tuottavat hieman yli 17 prosenttia sosiaalialan palveluista. Osa kunnista on rakentanut varsinkin avopalvelujärjestelmiään yleishyödyllisten yhteisöjen varaan ja ostanut palvelut ostopalvelusopimusten kautta suoraan järjestöiltä.

Palvelutuotanto on vain yksi osa sosiaalialan järjestöjen rooleista ja tehtävistä, jotka yksittäisten järjestöjen toiminnassa painottuvat eri tavalla. Järjestöt tarjoavat toimintamahdollisuuksia ja mahdollistavat kansalaisten omaa toimintaa, kansalaisaktiivisuutta, ylläpitävät vapaaehtoistoimintaa ja luovat yhteisöllisyyttä. Siten järjestöt ovat merkittäviä toimijoita ehkäisevän työn alueella. Järjestöjen toiminnan yhtenä ydinalueena ja kasvavana painotuksena on vertaistukeen ja vertaisuuteen perustuva erityisosaaminen ja sen kehittäminen. Järjestöillä on myös jäsenistönsä edunvalvojan rooli. Järjestöissä on niiden toiminnan kautta rakentunut erityisalojen keskeistä tietotaitoa ja osaamista, mikä on luonut niille merkittävän asiantuntijan ja yhteiskunnallisen vaikuttajan aseman.

Yksityisten yritysten osuus sosiaalipalveluista on n. 5 %, mikä on kansainvälisesti vertaillen pieni. Yksityisten palveluntuottajien osuus on kuitenkin ollut kasvamassa ja tällä hetkellä yksityiset sosiaalipalveluyritykset työllistävät n. 7 000 työntekijää. Järjestöjen

ja yritysten suhteissa on myös alueellisia eroja. Uudellamaalla ja muualla Etelä-Suomessa on toimipaikoista keskimääräistä useampi järjestön ylläpitämä, kun taas Pohjois-Suomessa ja Väli-Suomessa suurempi osa on yritysten ylläpitämiä.

Sekä valtionavustuslakiin että lakiin raha-automaattiavustuksista sisältyy kilpailulainsäädännön mukaisia määräyksiä, joiden tarkoitus on estää julkisten tukien kilpailu- ja markkinoiden toimintaa häiritsevä vaikutus. Hankintalain perusteella kuntien tulee kilpailuttaa palveluhankintansa silloin, kun palvelujen järjestäminen tapahtuu ostamalla ne kunnan ulkopuolelta muuhun kuin julkisoikeudelliseen sopimukseen perustuen. Myös sosiaali- ja terveyspalvelut kuuluvat hankintalain tarkoittaman palveluhankinnan piiriin.

Käytännössä palvelujen kilpailuttamiseen kunnissa on liittynyt paljon ongelmia. Kilpailuttamiseen liittyvän osaamisen puuttumisen ohella kyse on ollut myös sosiaalihuollon erityislainsäädännön ja asiakaslain, jotka edellyttävät, että palvelut järjestetään asiakkaan yksilöllisten olosuhteiden ja perusteiden mukaisesti asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja mielipidettä kunnioittaen, huomioimisesta. Kilpailuttamisvaatimuksella on ollut myös vaikutusta Raha-automaattiyhdistyksen avustusten kohdentumiseen ja sitä kautta järjestöjen asemaan kuntien palvelukokonaisuudessa ja kuntien palvelurakenteeseen erityisesti vanhusten palveluasumisen osalta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastavalmistuneessa järjestöstrategiassa, jota on laadittu yhteistyössä järjestöjen edustajien kanssa on todettu kilpailuttamisesta seuraavaa:

- 1) Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa omilla päätöksillään hallinnonalansa julkisten, yleishyödyllisten ja yksityisten palveluntuottajien työnjaon selkeyttämistä.
- 2) Sosiaali- ja terveysministeriö tukee palvelutuotannon kilpailuttamista ja tuotteistamista, jotta saataisiin aikaan kustannustietoisuutta, laatua ja hyviä käytäntöjä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä siihen, että kilpailuttaminen ja tuotteistaminen eivät saa johtaa toimivien palveluketjujen ja –palveluprosessien pirstoutumiseen. Kehitystä tulee koko ajan aktiivisesti tutkia, ja huomioitava on myös markkinaehtoisuuden paineessa kansalaisvaikuttaminen.
- 3) Palvelutuotannon yhtiöittämistä suositellaan silloin, kun toimialueella on vastaavaa yrityspohjaista toimintaa ja kun palvelu ei järjestöpohjaisena tuota lisäarvoa.
- 4) Raha-automaattituotoin tapahtuvaa palvelutoiminnan tukemista vähennetään silloin kun toimialueella on muita palveluntarjoajia, ja tukien käytössä huomioidaan hankintalain vaatimukset.

Kuntaliitto on puolestaan kilpailupolitiikan strategisissa linjauksissa todennut mm, että näihin hankintoihin (sosiaalipalvelut) voitaisiin kansallisesti säätää avoimen ja tasapuolisen kilpailun turvaava, mutta nykyistä yksinkertaisempi ja joustavampi menettely. Kuntaliitto on myös osaltaan käynnistänyt hankkeita, joilla kuntien kilpailuttamisosaimista on pyritty lisäämään.

Kauppa- ja teollisuusministeriö on käynnistämässä tämän vuoden aikana hankintalain uudistusta. Siinä yhteydessä on tarpeen selkeyttää hankintalain soveltamisessa sosiaalipalveluihin ilmenneet epäselvyydet ja mahdolliset vaikutukset asiakkaiden asemaan.

Yksityisen yritystoiminnan toimintaedellytyksiä ja tasavertaista kohtelua on tarpeen parantaa erityisesti ikääntymiseen liittyvien kasvavien palvelutarpeiden takia. Yksityisten palvelujen käyttö on pitkälti riippuvainen paikallisesta kunnallisesta päätöksenteos-

ta. Yritystoiminnan suunnitelmallisen kehittämisen kannalta olisi tärkeätä, että kunnat ja seutukunnat tekisivät palvelutuotantoon liittyviä strategisia suunnitelmia, joissa linjataan myös yleishyödyllisten ja yksityisten palveluntuottajien roolia.

Sosiaalipalvelujen tulevaisuuden kannalta on myös tärkeätä, että palvelujen laatukriteerien määrittely tehdään siten, että samat kriteerit ovat sovellettavissa niin kunnalliseen, yleishyödylliseen kuin yksityiseenkin palvelutuotantoon.

Toimenpide-ehdotus 26:

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa laajapohjaisen työryhmän, jossa ovat edustettuina kauppa- ja teollisuusministeriö, kilpailuvirasto, sosiaalialan järjestöt, sosiaalialan yrittäjät ja Kuntaliitto kartoittamaan niitä lainsäädäntöön liittyviä kysymyksiä, jotka vaikeuttavat käytännön yhteistyötä palvelujen järjestämisessä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä.

Monimuotoisia ja asiakaslähtöisiä palvelujen järjestämistapoja edistetään.

Asiakkaiden mahdollisuutta itse valita palveluntuottaja esim. palvelusetelin avulla lisätään.

5. RAHOITUS, OHJAUS JA VALVONTA

5.1. Rahoitus ja ohjaus

Tarve arvioida uudelleen ohjauksen keinoja sosiaalihuollossa tulee kahtaalta – palvelujen laadun ja palvelutarjonnan vaihtelun kasvusta 1990-luvun mittaan sekä perusoikeus-uudistuksesta. Voidaan sanoa, että sekä laadun että oikeuksien vaihtelu maan sisällä on merkittävää luokkaa. Edelleen voidaan sanoa, että tämä olisikin 1990-luvun valtion-osuusuudistuksen ja normipurun hengen mukaista mikäli tietty valtakunnallinen vähimmäistaso voitaisiin turvata kaikissa kunnissa.

Selvityshenkilöiden kuulemat perusoikeusasiantuntijat, eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio ja professori Kaarlo Tuori, asettuivat sille kannalle, että nykyinen perustuslain 19 § ja erityisesti sen kolmas momentti edellyttävät oikeuksien toteutumisen tahi turvaamisen tarkempaa sääntelyä ao. sektorilainsäädännössä. Asiantuntijoiden mukaan nykyisin perustuslain ja sosiaalilainsäädännön välillä on selvä aukko.

Lyhyt historia

Valtion rahoituksen ja keskitetyn ohjauksen välisen suhteen kehityksen lyhyt historia sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan kuvata seuraavasti.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksella valtion rahoitus irrotettiin ohjauksesta. Ohjaus rakentui sen jälkeen paikallisen päätöksenteon (kunnallisen demokratian), lainsäädännön sekä eri asteisten informaatio-ohjausvälineiden (TATO, laatusuositukset ym.) varaan. Sosiaalihuollon lainsäädännössä vahvoja säännöksiin perustuvia oikeuksia palveluihin on erityisesti lasten päivähoidossa ja vammaispalveluissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus aleni 36 prosenttiin vuonna 1993, vuonna 1998 valtionosuusprosentti oli 24,2 ja kääntyi vuonna 2002 nousuun. Vuonna 2003 valtionosuus on 27,01 prosenttia.

Jos valtionosuuksia halutaan suhteuttaa kuntien talouden kokonaisuuteen, voidaan todeta, että kuntien ulkoisista tuloista käyttötalouden kaikki valtionosuudet muodostavat nykyisin (2002) noin 15 prosenttia ja verotulot 60 prosenttia. Vuonna 2003 kuntien keskimääräinen tuloveroprosentti on 18,03. Tälle vuodelle (2003) tuloveroprosenttiaan nosti 93 kuntaa joissa asuu 1,6 miljoonaa asukasta. Suomen Kuntaliiton mukaan kuntien menoista keskimäärin 48 prosenttia on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamenoja ja investointeja.

Ohjaus ilman rahaa

Vallitsevassa tilanteessa on käynyt selväksi, että sosiaalipalvelujen saatavuudessa, henkilöstön mitoituksessa tms. ilmennyttä jälkeenjääneisyyttä on vaikeata ellei mahdotonta supistaa pelkästään laatusuosituksia antamalla ja sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta vain vähäisesti lisäämällä joko yleisesti tai kertoimien avulla kohdentamalla. Osin seurauksena tästä on valtion talousarvioon viime vuosina syntynyt joukko korva-

merkittyjä valtionavustuksia. Ne ovat osoitus siitä, että rahalla tapahtuvaa ohjausta eli lisärahoituksen tarkempaa suuntaamista halutaan.

Informaatio-ohjauksen uskottavuuskriisistä puhuu selvityshenkilö Aino-Inkeri Hansson raportissaan (STM 2002:8). Hän toteaa, että vaikka ohjausjärjestelmän uskottavuutta on yritetty parantaa tehostamalla informaatiota, on tämän tyyppisen ohjauksen vaikuttavuutta ja tehokkuutta suhteessa palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden asemaan ollut vaikeata todentaa.

Selvityshenkilöiden kannalta oleellinen kysymys on se, kuinka saada nykyisessä ohjausrakenteessa aikaan toivottuja muutoksia kuntien sosiaalipalveluissa. Periaatteissa vaihtoehdot ja välineet ovat

- yleisen laskennallisen valtionosuuden merkittävä lisääminen (prosentin nosto);
- siihen liittyen tai siitä erikseen asiakkaiden oikeuksien vahvistaminen lailla eli palvelujen saamisen perusteiden nykyistä tarkempi määrittely; ja
- eri tavoin korvamerkittyjen valtionavustusten (priorisoiva rahoitustuki) tie;

Viime vuosina valtion rahoitustukea on erityisesti ollut tarjolla erilaisiin kehittämishankkeisiin. Selvityshenkilöiden käsityksen mukaan sosiaalihuollossa *lisärahaa ei niinkään kaivata projektimuotoiseen kehittämistyöhön tai -hankkeisiin, vaan perustan paikkaamiseen - eli itse perustoimintoihin* enemmän määrää ja myös laatua. Näin ollen erilaisiin kehittämishankkeisiin suunnattu valtion rahoituspanos ei näyttäisi tuovan pysyvää parannusta sosiaalipalvelujen ja sosiaalityön tilanteeseen.

2000-luvun ohjausfilosofia

Nykyajan ohjauksen rakenteista ja taustafilosofiasta on selvitystyön aikana keskusteltu laajasti ao. tukiryhmässä, kuntien viranhaltijoiden kanssa, järjestöjen edustajien kanssa sekä hankkeen johtoryhmässä. Selvityshenkilöiden käsityksen mukaan oleellisia elementtejä tulevaisuuden ohjausmallissa ovat seuraavat:

- *riittävä perusrahoitus* palvelutuotantoon, mikä merkitsee nimenomaan valtion rahoitusosuuden kasvattamista;
- asiakkaan (palvelu)oikeuksien eli lähinnä palvelujen saamisen perusteiden vahvistaminen ja selkeyttäminen eli *palvelujen saatavuuden turvaaminen*;
- vähimmäisstandardien määrittely eli *palvelujen laadun turvaaminen* ja
- järjestelmällisen *arvioinnin lisääminen*.

Selvityshenkilöiden väliraportissa otettiin se kanta, että ensisijainen tie on saada lisää valtion rahaa sosiaalihuoltoon yleisen valtionosuuden korotuksen kautta. Tämän rinnalla katsottiin voitavan harkitusti käyttää korvamerkitsemisen tietä.

Selvityshenkilöt ovat pohtineet rajattua joukkoa erilaisia vaihtoehtoja ja etenemisteitä. Vaihtoehtoja on käsitelty myös verrattain perusteellisesti hankkeen johtoryhmässä. Realistisina vaihtoehtoina esille nousivat lähinnä seuraavat kaksi:

Valtion rahoitus:

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttö-
kustannusten valtionosuus kasvaa
hieman (esim. -> 30 %)

Ohjaus / oikeudet:

”Heikko hoivatakuu”, so. luodaan
oikeus hoivan tarpeen arviointiin,
mutta ei suoraan palveluihin (kuten
on ehdotettu luvussa 2.3.5.)

Kehittämismalli. Lisätään ja suunnataan
kehittämishankerahoitusta

Kehitetään sosiaalihuollon heikkoja
osia kehittämishankerahoituksen kautta.
Ei luo asiakkaille uusia (palvelu)oikeuksia.

Raportin lopussa esitelty kehittämisohjelman kustannusarvio nojaa näihin kahteen toimintalinjaan. Budjetissa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuutta kasvatettavaksi yhteensä 155 miljoonaa euroa vuoteen 2007 ja valtion rahoitusta erilaisiin hankkeisiin ja muuhun kehittämiseen 56 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi tulevat vielä ohjelman toimeenpanoon, lastensuojelun kehittämiseen, tietohallinnon kehittämiseen yms. tulevat varaukset, yhteensä 36 miljoonaa euroa neljän vuoden ajalla.

5.2. Palvelujen saatavuus ja laatu

Palvelujen saatavuus

Sosiaalipalvelujen laatu on pitkälti osaavan henkilöstön varassa. Palvelujen laatua, mitoitusta ja palveluprosessia koskevia säännöksiä on jossakin määrin olevassa lainsäädännössä. Sitä alempaa normistoa edustavat lähinnä laatusuosituksen, jotka edustavat uusinta näkemystä tieto-ohjauksesta.

Palvelujen saamisen perusteiden määrittely siten kuin se on esitetty vanhuspalvelujen kohdalla tässä raportissa, pyrkii turvamaan palvelun saatavuutta nimenomaan apua tarvitsevan kansalaisen näkökulmasta. Se ei ota kantaa palvelun laatuun, vaan sen olemassaoloon ja saamisen ennustettavuuteen. Selvityshenkilöt katsovatkin, että saatavuuskriteereiden määrittely tulee aloittaa keskeisistä vanhuspalveluista ja laajentaa asteittain sosiaalityöhön, perhepalveluihin ja päihdehuoltoon. Vastaavan esityksen on tehnyt Sosiaalityön neuvottelukunta, joka luovutti ensi vaiheen toimenpiteitä koskevan raporttinsa selvityshenkilöille 19.3.2003.

Toimenpide-ehdotus 27:

Keskeisiin sosiaalipalveluihin ja väestöryhmille määritellään palvelujen saamisen perusteet, jotka asteittain luovat eräänlaisen palvelutakuun. Työ aloitetaan vanhuspalveluista. Tarkoituksena on apua tarvitsevan kansalaisen näkökulmasta turvata palvelun saaminen ja parantaa avun saamisen ennustettavuutta.

Palvelujen laatu

Palvelujen laatu pitää sisällään monia asioita. Laatua ovat odotus- ja käsittelyajat, palveluprosessi itsessään, henkilöstön osaaminen ja myös määrällinen mitoitus. Laatua ohjaava normisto – niin säännökset kuin suosituksetkin – on nykyisellään riittämätön, mistä seuraa merkittävää laadun vaihtelua maan eri osissa. Sosiaalipalvelujen (laadun) valvonta valtion viranomaisten suunnasta on pitkälti jälkikäteisvalvontaa. Poikkeuksen muodostavat yksityiset palvelut, jotka edellyttävät lääninhallituksen etukäteishyväksyntää. Voidaan sanoa, että valvonta nykyisellään on vahvasti kanteluvetoista eli reagointia yksittäisten asiakkaiden tyytymättömyyden ilmauksiin. Varsinainen muutoksenhaku valittamalla rajautuu sosiaalihuollossa etuuksia ja palveluja koskeviin päätöksiin. Valvonnan problematiikassa korostuvat valvontaviranomaisten heikot valtuudet, resurssien riittämättömyys sekä puitelainsäädännön väljyys. Asiaa on viimeksi kuvattu sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportissa 8/2002.

Perustuslain 19 § takaa jokaiselle, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lisäksi perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perustuslain vaatimusten ja todellisuuden välissä on paikoin merkittäviä aukkoja. Selvityshenkilöiden käsityksen mukaan sosiaalipalveluihin tulee luoda vähimmäisstandardeja, jotka valtakunnallisesti määritellään. Tehtävä ei ole helppo ja sen vuoksi standardien valmistelu tulisikin käynnistää pikimmiten. Valmistelu tulisi käynnistää kaikkein heikkovoimaisimpien väestöryhmien palveluista. Vähimmäisstandardeilla tarkoitetaan nykyisiä laatusuosituksia selkeästi sitovampia, harvempia ja yksiselitteisempiä normeja, joiden noudattamista valtion valvontaviranomaiset seuraisivat. Vähimmäisstandardeja muodostaisivat myös mittapuun, jota vasten palveluja käyttävät asiakkaat ja heidän omaisensa voisivat palveluja arvioida. Sen jälkeen on kunnallisen demokratian varassa määritellä tosiasiallinen palvelujen taso ja laatu. Vähimmäisstandardeilla ei ole tarkoitus vähentää kunnallista itsehallintoa ja kuntien mahdollisuutta päättää paikallisista tarpeista käsin palvelujen tarkoituksenmukaisista järjestämistavoista.

6. OHJELMAN KUSTANNUKSET JA RAHOITUS

Selvityshenkilöiden arvion mukaan palvelujen jälkeenjääneisyyden korjaaminen ja ohjelmassa esitettyjen tavoitteiden toteuttaminen edellyttää toimenpiteitä, joiden kustannukset ovat huomattavia. Talouden näkymien heikentyminen asettaa vakavia esteitä ohjelman toteuttamiselle näin laajassa muodossa. Tästä syystä on johtoryhmän pyynnöstä laadittu toinen suppeampi versio, joka nojautuu siihen, että ohjelmaa toteutetaan hidastetusti.

Tästä summasta yli puolet suuntautuu jälkeenjääneisyyden korjaamiseen kuten vanhus-tenhuollon henkilöstövajausten kattamiseen. Lukuun sisältyy myös säästöjä 35 miljoonan euron verran. Ne perustuvat muun muassa päivähoidon tarpeen vähenemiseen, tehostettuihin hoitokäytäntöihin sekä palveluketjujen rationalisointiin. Käyttökustannusten kasvun on oletettu jakautuvan puoliksi valtion ja kuntien kesken. Oheisessa taulukossa on menot eritelty tarkemmin.

Taulukko: Valtion rahoitusosuus (kuntien osuudeksi on oletettu tämän lisäksi 155 miljoonaa euroa)

Valtion rahoitusosuus

Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti

Määrärahaehdotukset valtion kehysbudjettiin v. 2003-2007

Hankerahoitus lisäys v.2003 tasoon	2003	2004	2005	2006	2007
Kansallisen ohjelman toimeenpano	460 000	800 000	800 000	800 000	800 000
Lastensuojelun kansallinen hanke		1 250 000	1 250 000	1 250 000	1 250 000
Alueellisen tietohallinnon kehittäminen		2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000
Hyvät käytännöt 1)		1 000 000	1 250 000	1 500 000	1 750 000
Sos.alan osaamiskeskusten perusrahoitus		2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
ja valtakunnalliset erityistehtävät		1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Valtionavustus hankkeisiin ja muu					
Kehittämisrahoitus 2)		14 000 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000
Yhteensä	460 000	22 550 000	22 800 000	23 050 000	23 300 000
Valtionosuus kunnille		2 004	2005	2006	2007
Lisäykset edellisen vuoden tasoon		38 750 000	38 750 000	38 750 000	38 750 000
Kumulaatiivinen taso		38 750 000	77 500 000	116 250 000	155 000 000

Ohjelman toteuttamisen laajuus riippuu viime kädessä hallitusohjelmasta, lähivuosien budjettikehysten valmistelusta ja siinä yhteydessä tehtävistä päätöksistä sekä valtion ja kuntien talouden kehityksestä. Ikärakenteen muutos ja palvelujen jälkeenjääneisyyden korjaaminen edellyttävät rahoituksen nostamista, mikäli asianmukaiset palvelut halutaan taata. Kysymys ei ole yksipuolisesti menojen lisäämisestä, vaan ennen kaikkea vaikuttavuuden parantamisesta sekä toimintojen uudistamisesta ja tehostamisesta. Valtionosuuden kasvattamisen edellytyksenä onkin, että varmistutaan siitä, että toiminnan tehostamiseen ja vaikuttavuuden parantamiseen tähtäävien esitysten toimeenpano käynnistyy viivytyksettä. Tämä merkitsee muun muassa, että konkretisoidaan toimenpiteet, joilla kohennetaan ikäihmisten toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä puututaan lasten ja nuorten ongelmiin nykyistä varhaisemmassa vaiheessa ja siten ehkäistään kalliiden hoitokustannusten syntymistä. Samoin tulee sitoutua seutuyhteistyön lisäämiseen siten, että näin parannetaan palvelujen joustavaa ja taloudellista järjestelyä. Palvelujen järjes-

tämisen tulee nojautua ennakkoluulottomasti julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen yhdistämiseen siten, että saavutetaan paitsi kattava myös tehokas ja taloudellinen palveluverkosto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuden korottaminen perustuu alla olevaan laskelmaan:

Kustannukset milj.euroa	2004	2005	2006	2007
Jälkeen jääneisyyden korjaaminen 3)	50	100	150	220
Vanhusten palvelutarpeen kasvu 4)	30	50	70	90
Henkilöstön täydennyskoulutus 5)		15	25	35
Säästöt 6)		-20	-30	-35
Kustannukset yhteensä	80	145	215	310
Valtionosuus 50% lisätarpeesta, josta				155
	2004			38,75
	2005			38,75
	2006			38,75
	2007			38,75

Viittaukset:

- 1) Sisältää rahoituksen Stakesin Finsocille (50 %) ja sosiaalialan osaamiskeskuksille (50 %)
- 2) Valtionavustus kansallisen sosiaalialan ohjelman tavoitteita tukeviin hankkeisiin: palvelujen rakenteellinen ja toiminnallinen kehittäminen kunnille ja muille alueellisille toimijoille, esim. sosiaalialan osaamiskeskuksille
- 3) Jälkeen jääneisyyden korjaaminen mm. vanhustenhuollon henkilöstövajaukset, avoimen -ja erityispäivähoidon henkilöstötarpeet, sijaishuollon puutteet, sosiaalityön lisävoimavaratarpeet ja lapsiperheiden kotipalvelun lisääminen
- 4) Vanhusten palvelutarpeen kasvussa huomioitu mm. oikeus palvelutarpeen arviointiin ja kelan eläkkeen saajan erityishoitotuen saajien oikeus palveluihin
- 5) Henkilöstön täydennyskoulutusvelvoite toteutetaan asteittain vuosina 2005 - 2007
- 6) Säästöt sisältävät mm. päivähoidon henkilöstön tarpeen vähenemisen (1 000 työntekijää vuoteen 2007 mennessä), kehittämisen varhaisen puuttumisen ja lastensuojelun kehittämisen tuomat säästöt ja päihdehuollon palveluketjun rationalisointisäästöt

Yhteenveto:

Selvityshenkilöiden laskelmien mukaan sosiaalihuollon lisärahoitustarve olisi n. 650 miljoonaa euroa vuonna 2007, ks. laskelma alla. Tämän suuruinen lisäpanostus sosiaalihuoltoon ei kuitenkaan ole realistinen, kun huomioidaan kuntien ja valtion tämän hetken taloudelliset näkymät. Tämän vuoksi on päädytty asettamaan vuodelle 2007 n. 400 miljoonan euron tavoitetaso kuntien ja valtion lisäpanostukselle sosiaalihuoltoon.

Sosiaalihuollon arvioidut todelliset lisävoimavaratarpeet

Kustannukset milj.euroa	2004	2005	2006	2007
Jälkeen jääneisyyden korjaaminen	350	350	350	350
Vanhusten palvelutarpeen kasvu	30	75	125	175
Henkilöstön täydennyskoulutus		15	25	35
Säästöt		-40	-50	-60
Kustannukset yhteensä	380	400	450	500

7. HYVINVOINTIPOLITIIKAN PERIAATTEIDEN SELVENTÄMISEN TARVE

Hyvinvointivaltion ja sen toteuttaman politiikan ympäristö on monella tavalla muutoksen tilassa. Tätä muutosta on lyhyesti kuvattu mm. tämän raportin luvussa 1. Vuodesta toiseen tutkimus on Suomessa osoittanut, että harjoitetulla laajahkon hyvinvointivastuun politiikalla ja ns. pohjoismaisella hyvinvointimallilla on väestön vankka tuki. Mallia tukevat myös keskeiset poliittiset puolueet.

Politiikan ympäristötekijät sen sijaan ovat epävakaaammassa tilassa. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi palvelujen ja tulonsiirtojen rahoitusta, globalisaation vaikutuksia, väestörakenteen muutosta ja alueellisten erojen kasvua.

Suomalaisten toteutuneesta hyvinvoinnista ja terveydestä on käytettävissä tuoreita ja kattavia analyyseja (mm. Suomalaisten hyvinvointi 2002/Stakes ja Suomalaisten terveys/KTL). Samoin sosiaaliturvan rahoitusta pitkälläkin aikavälillä on selvitetty perusteellisesti (Somera –toimikunta/STM).

Politiikan rakenteet sen sijaan kaipaavat mitä ilmeisimmin kokonaisvaltaista arviointia. Tällöin puhutaan sekä sosiaalisista tulonsiirroista että hyvinvointipalveluista. Samanaikaiseen tarkasteluun tulisi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon ja sosiaalivakuutuksen ja –avustusten lisäksi myös mm. asuntopolitiikka ja työpolitiikka rakenteineen. Yhtenä lähtökohtana voisi olla muutama vuosi sitten toteutettu perusoikeusuudistus eli sosiaalisten, taloudellisten ja sivistyksellisten perusoikeuksien viimeisin määrittely. Tarkasteluun tulisi niinikään ottaa julkisen hyvinvointivastuun laajuus ja toteutuminen erilaisissa riskeissä ja elämänvaiheissa sekä työnjako kansalaisten omavastuun, kansalaisyhteiskunnan, markkinoiden ja julkisen välillä.

Sosiaaliturvan ja hyvinvointipolitiikan laajoja ja periaatteellisia kysymyksiä ei perusteellisemmin ole selvitelty sitten 1970-luvun. Sen sijaan yksittäisiä puheenvuoroja hyvinvointivaltion remontoinnin tarpeista ja suunnista on esitetty runsaasti.

Julkisen sektorin vastuuta hyvinvoinnista tulisi tarkastella laajemmalla ja periaatteellisemmalla pohjalta kuin tässä on ollut mahdollista. Valmistelutyö tulisi aloittaa sen jälkeen, kun on tehty päätökset tämän ohjelman toimeenpanosta.

LIITE 1**SOSIAALIETUUKSIEN KEHITTÄMISTARPEITA**

Selvityshenkilöt ovat arvioineet eri väestöryhmien kannalta olennaisimpia sosiaalietuuksien kehittämistarpeita. Alla on esitelty lapsiperheiden ja pitkäaikaistyöttömien osalta selvitystyön tulokset.

1. KEINOJA LIEVITTÄÄ LAPSIPERHEIDEN TOIMEENTULO-ONGELMIA

Lapsiperheiden köyhyys on lisääntynyt 1990-luvulla ja lapsiperheiden toimeentulon kehitys on jäänyt jälkeen muun väestön toimeentulon kehityksestä. Köyhyysrajan (60 % mediaanista) alapuolella elävien lapsiperheiden osuus kaikista lapsiperheistä on 1990-luvulla kaksinkertaistunut 4,4 prosentista 10 prosenttiin. Köyhyysriski on kasvanut erityisesti perheissä, joissa on 0-2-vuotiaita lapsia. Vuonna 1990 näistä perheistä 5,4 prosenttia alitti köyhyysrajan, mutta vuonna 2000 jo 15,8 prosenttia. Yksinhuoltajatalouksista kuului vuonna 2000 lähes 40 % pienituloisimpaan tuloviidennekseen. Erityisesti alle kouluikäisten lasten yksinhuoltajien köyhyysaste on muodostunut huomattavan korkeaksi.

Seuraavassa haetaan sellaisia perhepoliittisiin tulonsiirtoihin liittyviä toimia, joilla suurella varmuudella voitaisiin vaikuttaa kaikkein pienituloisimpien pienten lasten perheiden taloudelliseen toimeentuloon.

Vanhempainpäivärahan vähimmäismäärä

Vähimmäismääräistä vanhempainpäivärahaa saaneiden naisten määrä kasvoi voimakkaasti 1990-luvulla. Kun vuonna 1990 vanhempainpäivärahaa saaneista äideistä vain 5,3 sai sitä vähimmäismääräisenä, oli vastaava osuus vuonna 1996 jo 30,1 prosenttia. Osuus on sittemmin jäänyt pysyvästi korkealle tasolle. Vuonna 2001 vielä 26,1 prosenttia äideistä sai alinta mahdollista vanhempainpäivärahaa.

Vanhempainpäivärahan vähimmäistaso laskettiin 60 markkaan arkipäivältä vuonna 1996. Vuonna 2002 minimiäitiys- ja isyysraha on vähintään 10,09 euroa päivässä ja vuonna 2003 vähimmäistaso nousee 11,45 euroon/arkipäivä eli 13,48 %. Kun kuukausikertojana on 25, on vähimmäisvanhempainrahan määrä kuukaudessa vuonna 2003 286,25 €.

Vuoden 2003 alusta päivärahan suuruus muuttuu myös siten, että työttömän henkilön jäädessä perhevapaalle etuus olisi vähintään työttömyysturvaetuuden suuruinen. Asiaa koskevan hallituksen esityksen mukaan työttömyysturvaetuudelta vanhempainrahalle ja -vapaalle siirtyvä äiti saisi vähintään 86 % aiemmasta työttömyysturvastaan (päivärahasta tai työmarkkinatuesta) vanhempainrahana. Ehtona on vähintään neljän kuukauden mittainen työttömyys ennen äitiyspäivärahakauden alkamista. Naisella, joka synnyttää

ensimmäisen lapsensa (= ei lapsikorotusta) ja on ennen synnytystä ollut vähimmäistyöttömyysturvalla, vanhempainpäivärahan vähimmäismäärä on 19,80 € eli kuukaudessa 495 €. Kuvatussa tilanteessa minimiäitiysrahan kasvu vuoden 2002 tasosta on + 209 € kuukaudessa eli peräti 73 % (11,45 € -> 19,80 € päivärahopäivää kohden). Hallituksen esityksessä on arvioitu, että tästä tasokorotuksesta osalliseksi tulisi noin 3 500 henkilöä. Kun minimipäivärahaa saavia kaikkiaan voidaan vuositasolla arvioida olevan 25 – 26 000, jäisi alemmalle eli 11,45 €:n minimille edelleen noin 20 – 21 000 synnyttäjää.

Vähimmäispäivärahaa saaneiden kasvun taustalla on useita seikkoja, joista kaksi tärkeintä ovat työttömyyden kasvu ja työtulojen mukaan määräytyvien päivärahojen laskentaperusteiden muutos vuoden 1996 alusta. Muutoksen seurauksena työtuloihin oikeuttavan päivärahan saanti edellytti aikaisempaa suurempia ansioita. Nykyisin työtuloihin perustuva päiväraha lasketaan hakijan edellisen vuoden verotettujen vuositulojen perusteella. Jos tulot ovat kasvaneet yli 20 prosentilla, hakija voi saada päivärahan esittämänsä palkkatodistuksen perusteella. Tällöin otetaan huomioon tulot 6 kuukauden ajalta.

Vähimmäismääräisen päivärahan alhainen taso lisää tarvetta turvautua toimeentulotukeen. Vuoden 2000 marraskuussa vähimmäismääräistä vanhempainpäivärahaa saavat joutuivat turvautumaan toimeentulotukeen lähes kymmenen kertaa useammin kuin työtuloihin perustuvaa vanhempainpäivärahaa saavat. Tuoreen väitöskirjan (Arajärvi 2002) mukaan vanhemmuuteen perustuvien päivärahojen vähimmäistaso on niin alhainen, että sen perustuslainmukaisuus on kyseenalainen.

Tulojen puuttumisen tai niiden vähäisyyden syynä voi olla myös uuden lapsen syntyminen perheeseen. Hakija on voinut saada työtuloihin perustuvaa päivärahaa edellisen lapsen synnytyksen perusteella, mutta uuden raskauden tullessa hän ei ole ehtinyt tai halunnut hankkia riittävästi tuloja työtuloihin perustuvaa päivärahaa varten. Mikäli raskauksien väli on lyhyt, monet vanhemmat haluavat hoitaa lastaan itse.

Kahden lapsen syntyminen lyhyen ajan kuluessa voi kärjistää perheen toimeentulovaikeuksia. Ruotsissa ongelma on ratkaistu siten, että mikäli äiti alkaa odottaa lasta ennen kuin edellinen lapsi täyttää vuoden ja yhdeksän kuukautta, hänen vanhempainpäivärahansa lasketaan vanhojen työtulojen perusteella. Laskutapa on ollut käytössä jo vuodesta 1980.

Vastaavan mallin tuominen Suomeen tarkoittaisi, että ansiosidotun vanhempainpäivärahan taso säilyisi ennallaan perättäisissä synnytyksissä äidin jäädessä uudelle äitiyslomalle edellisen lapsen ollessa korkeintaan kolmevuotias. Uudistuksen jälkeen lapsen kotihoidontuen hoitorahan maksaminen voisi päättyä työtulojen perusteella määräytyvän äitiysrahakauden alkamiseen.

Malli kannustaisi naisia vielä nykyistä enemmän osallistumaan työmarkkinoille ennen lapsen syntymää. Toisaalta malli ei pakottaisi naisia työelämään lapsen syntymän jälkeen vain siitä syystä, että heidän on hankittava oikeus työtuloihin perustuvaan vanhempainpäivärahaan. Mallilla voisi olla myös syntyvyyttä nostavia vaikutuksia. Karkeasti arvioiden uudistus antaisi vuosittain oikeuden työtuloperusteiseen vanhempainpäivärahaan noin 3000 sellaiselle äidille, jotka eivät saa sitä nykyjärjestelmän perusteella. Lukumäärä vastaa vuositasolla noin neljäsosaa niistä äideistä, jotka saavat nykyisin vä-

himmäismääräistä vanhempainpäivärahaa. Näiden äitien päiväraha nousisi arviolta kaksinkertaiseksi suhteessa vähimmäispäivärahaan.

Vähimmäispäivärahaa olisi perusteltua korottaa myös niiden synnyttäjien kohdalla, joilla ei ole välittömästi ennen perhevapaalle siirtymistä työttömyysturvaa. Tällaisia henkilöitä voidaan arvioida vuositasolla olevan 20 000 – 21 000. Tasokorotus olisi heidänkin kohdallaan 11,45 eurosta 19,80 euroon.

Keino:

Säännöksiä muutetaan siten, että ansioihin perustuvan vanhempainpäivärahan taso säilyisi ennallaan peräkkäisissä synnytyksissä äidin jäädessä uudelle äitiyslomalle edellisen lapsen ollessa korkeintaan kolmivuotias. Uudistuksen jälkeen hoitovapaan ja/tai kotihoidontuen maksaminen voisi päättyä työtulojen perusteella määräytyvän äitiysrahakauden alkamiseen. Uudistuksen kustannukset olisivat verotuksen vaikutukset huomioon ottaen vuositasolla noin 8 miljoonaa euroa. Lasten kotihoidon tuesta säästyviä menoja ei ole tässä huomioitu.

Vanhempainpäivärahan vähimmäistaso esitetään vuonna 2004 korotettavaksi myös niille, joilla ei välittömästi ennen perhevapaalle jäämistä ole työttömyysturvaetuutta, nykyisestä (2003) 11,45 eurosta 19,80 euroon. Tasokorotuksen kustannukset olisivat noin 46 miljoonaa euroa¹.

Lasten kotihoidon tuki

Pienten, alle 3-vuotiaitten lasten kotihoito on lapsiperheiden enemmistön valinta. Nollavuotiaat vauvat hoidetaan likimain 100 prosenttisesti kotona ja 1-2-vuotiaiden ikäluokista 64 % hoidetaan kotona. Kotihoidon tukea ja siihen liittyvää hoitovapaata on Suomessa kehitetty osana päivähoitojärjestelmää, vaihtoehtona kunnan järjestämälle päivähoitopaikalle. Käytännössä nykyinen kotihoidontuen matala taso ei tarjoa todellista valinnanmahdollisuutta vanhemmille koti- ja päivähoidon välillä. Kuntien maksamilla kuntakohtaisilla lisillä tilannetta on kuitenkin pyritty parantamaan.

Kotihoidon tukea käyttävät eniten perheet, joissa äidin koulutustaso ja sosioekonominen asema on alhainen ja perheen tulot pienet (mm. Takala 2000). Puhuttaessa kotihoidontuen saajista puhutaan siten pienituloisista, köyhyysriskin piirissä olevista pienten lasten perheistä. Merkittävällä osalla tuen saajista puuttuu vakaa työmarkkina-asema.

Kotihoidon tukea on 1990-luvulla sekä nostettu että laskettu ja tällä hetkellä tuki on n. 1990-luvun alun tasolla. Lasten kotihoidon tuki koostuu hoitorahasta ja tulosidonnaisesta hoitolisästä. Hoitorahan suuruus on ensimmäisestä alle kolmivuotiaasta lapsesta 252,28 euroa ja kustakin seuraavasta alle kolmivuotiaasta 84,09 euroa kuukaudessa. Muista alle kouluikäisistä lapsista hoitoraha 50,46 euroa kuukaudessa. Kotihoidon tuen täysimääräinen hoitolisä 168,19 euroa kuukaudessa. Kunnat voivat päättäminsä perusteiden mukaan maksaa harkinnanvaraista kuntalisää ja vuonna 2001 kuntalisää maksoi arviolta n. 40 kuntaa.

¹ Laskettu 11 kk x 209€ x 20 000 henkeä.

Lasten kotihoidon tukea saa 1 – 2-vuotiaiden vanhemmista/hoitajista 58 prosenttia ja vajaa viidennes yksi – ja kaksivuotiaiden äideistä on hoitovapaalla työsuhteestaan.

Tasoltaan kotihoidontuki on lähellä työmarkkinatukea, mutta sen alla. Kumpainenkin etuus on veronalaista tuloa. Nettomääräisesti (vero vähennettynä, 2002 tasossa) hoitoraha ja täysi hoitolisä ilman kuntalisää on 92 % nettomääräisestä työmarkkinatuesta.

Keino:

Kotihoidon tuki, yksityisen hoidon tuki ja osittainen hoitoraha sidotaan TEL-indeksiin. Työikäisten TEL-indeksi nousee 2,4 prosenttia vuodesta 2002 vuoteen 2003.

Jos pienten lasten hoidon tuki sidottaisiin TEL-indeksiin vuoden 2003 tasossa, maksettavien tukien määrä kasvaisi n. 7,8 miljoonaa euroa, josta kotihoidon tuki 7,2 miljoonaa, yksityisen hoidon tuki 0,5 miljoonaa ja osittainen hoitoraha 0,03 miljoonaa euroa.

Kotihoidontuen ensimmäisen lapsen hoitoraha korotetaan työmarkkinatuen tasolle, jolloin vuoden 2003 tasolla ensimmäisen lapsen hoitoraha olisi 420,48 euroa kuukaudessa. Menojen lisäys vuositasolla olisi 132 miljoonaa euroa. Korotus voidaan toteuttaa asteittain hallitusohjelmakauden aikana.

Yksinhuoltajien toimeentulon vahvistaminen

Yksinhuoltajatalouksien reaalitulot ovat kehittyneet muuta väestöä selvästi heikommin. Itse asiassa yksinhuoltajien reaalitulot eivät vielä vuosituhannen vaihteessa olleet saavuttaneet 1990-luvun alun tasoa. Yksinhuoltajien riippuvuus toimeentulotuesta on muita lapsiperheitä paljon yleisempää.

Mahdollisia täsmätoimia, joilla juuri ja vain yksinhuoltajatalouksien toimeentuloon voitaisiin puuttua, ovat elatustuen korottaminen ja lapsilisien yksinhuoltajakorotuksen nostaminen. Seuraavassa tarkastellaan jälkimmäistä.

Yksinhuoltajakorotuksen määrä on 33,60 euroa kuukaudessa kutakin alle 17-vuotiasta yksinhuoltajan lasta kohti. Yksinhuoltajakorotuksen määrä on 37 % peruslapsilisän määrästä (90 euroa). Kansaeläkelaitoksen arvion mukaan vuonna 2004 yksinhuoltajakorotusta maksetaan yhteensä 158 500 lapsesta yhteensä vajaa 64 milj. euroa.

Vuonna 2000 lapsilisää saaneita perheitä oli yhteensä 586 834. Näistä yksinhuoltajaperheitä oli 102 069 eli 17 % kaikista lapsiperheistä. Lapsilisiä maksettiin vuonna 2000 yhteensä 1 063 680 lapsesta, joista yksinhuoltajien lapsia oli 157 145 (15 %).

Mikäli lapsilisän yksinhuoltajakorotusta korotettaisiin nykyisestä 33,60 eurosta 50 euroon, olisi yksinhuoltajakorotuksen määrä tällöin 55 % peruslapsilisän määrästä. Korot-

taminen lisäisi lapsilisämenoja vuositasolla 31.2 milj. euroa (158 500 x 16,40 euroa x 12 kk).

Suhde toimeentulotukeen

Toimeentulotukea myönnettäessä otetaan pääsääntöisesti huomioon kaikki henkilön tai perheen käytettävissä olevat tulot. Toimeentulotukilain 11 §:ssä on säädetty niistä tuloista, joita tukea myönnettäessä ei oteta huomioon (ns. etuoikeutetut tulot). Näitä ovat vähäisiksi katsottavat avustukset ja ansiotulot sekä eräät kulukorvauksen luontoiset tulot tai avustukset kuten äitiysavustus, eläkkeensaajien hoitotuki, vammaistuki ja lapsen hoitotuki. Lisäksi 1.3.2002 lukien on aloitettu kolmivuotinen kokeilu, jonka aikana vähintään 20 prosenttia ansiotuloista, kuitenkin enintään 100 euroa/kotitalous/kk, jätetään ottamatta huomioon tukea myönnettäessä.

Kaikki muut tulot, mm lapsilisät, elatustuki, lasten kotihoidon tuki jne. otetaan siten tulona huomioon toimeentulotuen määrää laskettaessa. Siten, jos lapsilisää tai siihen kuuluvaa yksinhuoltajakorotusta korotetaan, toimeentulotukea saavat perheet eivät pääse hyötymään korotuksesta niin kauan kun ne ovat toimeentulotuen piirissä, koska korotus ainoastaan pienentää myönnettävän toimeentulotuen määrää, mutta ei lisää heidän käytettävissään olevien tulojen määrää. Jos nykytasoinen yksinhuoltajakorotus kokonaisuudessaan muodostettaisiin etuoikeutetuksi tuloksi, lisääntyisivät kuntien toimeentulotukimenot vuositasolla arviolta noin 11 milj. euroa. Vastaavalla määrällä lisääntyisivät myös toimeentulotuen piirissä olevien yksinhuoltajatalouksien käytettävissä olevat tulot.

Jos pelkästään yksinhuoltajakorotuksen korotus (16,40 euroa) säädettäisiin etuoikeutetuksi tuloksi, lisääntyisivät myös toimeentulotukea saavien yksinhuoltajaperheiden käytettävissä olevat tulot korotuksen verran. Tällä järjestelyllä ei ainakaan lyhyellä aikavälillä olisi merkittäviä vaikutuksia kuntien toimeentulotukimenoihin.

Jos yksinhuoltajakorotuksen korottamisen aiheuttama yksinhuoltajatalouksien käytettävissä olevien tulojen lisäys halutaan turvata kaikissa tilanteissa myös toimeentulotukea saaville yksinhuoltajaperheille, tarkoituksenmukaisinta olisi säätää ainoastaan korotuksen määrä (16,40 euroa) etuoikeutetuksi tuloksi toimeentulotuessa.

Lakiteknisesti etuoikeuttaminen olisi helppo toteuttaa lisäämällä toimeentulotukilain 11 §:ään etuoikeutettujen tulojen luetteloon uusi kohta, jonka mukaan lapsilisän yksinhuoltajakorotuksesta 16,40 euroa ei otettaisi tulona huomioon toimeentulotukea myönnettäessä.

Keino:

Yksinhuoltajaperheiden talouden vahvistamiseksi voidaan lapsilisän yksinhuoltajakorotusta korottaa 16.40 € ja säätää tämä osa yksinhuoltajakorotuksesta etuoikeutetuksi tuloksi toimeentulotukimenettelyssä. Kustannusvaikutukset valtion menona ovat 31.2 miljoonaa euroa.

Yhteenveto lapsiperheiden etuuksien nostamisen kustannuksista:

1.	Ansioihin perustuvan vanhempainrahan määräytymiskauden pidentäminen peräkkäisissä synnytyksissä	8.0
2.	Vähimmäismääräisen vanhempainrahan korottaminen nykyisestä 11.45 eurosta 19.80 euroon	46.0
3.	Kotihoidon tuen, yksityisen hoidon tuen ja osittaisen hoitorahan sitominen TEL-indeksiin	7.8
4.	Kotihoidon tuen (ensimmäisen lapsen hoitorahan) korottaminen työmarkkinatuen tasolle	132.0
5.	Lapsilisän yksinhuoltajakorotuksen korottaminen 16.40 eurolla	31.2

Yhteensä	225 milj. euroa
Näistä kuntien valtionosuuden piiriin (STVOL) kuuluvia menoja	144 milj. euroa

2. TYÖTTÖMÄT POIS KUNNAN TOIMEENTULOTUELTA TYÖMARKKINATUKEA JA TYÖTTÖMÄN PERUSPÄIVÄRAHAA KOROTTAMALLA

Massatyöttömyyden jatkuttua Suomessa pian kymmenen vuotta on työttömyysturvan painopiste selkeästi siirtynyt ansioturvasta perusturvan puolelle. Vuonna 2001 kaikista työttömyysturvaa saaneista 58 prosenttia sai joko työmarkkinatukea tai työttömyysturvan peruspäivärahaa.

Vuonna 2003 työttömyysturvan peruspäiväraha ja työmarkkinatuki nousivat indeksitarkistuksen seurauksena 1,2 prosenttia eli 22,75 eurosta 23,02 euroon/päivä. Työmarkkinatuen ja peruspäivärahan matala taso on johtanut siihen, että suuri osa pitkäaikaistyöttömistä joutuu täydentämään toimeentuloturvaansa kunnallisesta toimeentulotuesta. Näin tapahtuu erityisesti asumiskustannusten vuoksi; asumistuen mukaisesta asumismenojen 20 prosentin omavastuuosuudesta käytännössä 13 prosenttia katetaan toimeentulotuella lopun seitsemän prosentin sisältyessä toimeentulotuen perusosaan. Marraskuussa vuonna 2000 kaikista työmarkkinatuen saajista 37,1 prosenttia sai lisäksi täydentävää toimeentulotukea. Työttömän peruspäivärahan saajista 21 prosenttia sai toimeentulotukea. Vastaavasti kaikista toimeentulotuen saajista 48 prosentilla ensisijaisena toimeentulonlähteenä on työttömyysturva. Tämä asiointi työllistää kunnallista sosiaalihuoltoa merkittävässä määrin. Voidaan sanoa, että pitkäaikaistyöttömien toimeentuloturvan täydentäminen on yksi syy sosiaalitoimistojen työn kriisiytymiseen.

Ympäristöministeriön asiantuntijatyöryhmä (YM moniste 86, 2001) on selvittänyt erilaisia keinoja, joilla voidaan vähentää tarvetta turvautua ensisijaisen etuuden täydentämiseen toimeentulotuella, siten, että työn tekemisen kannustavuus ei samalla heikkene. Asiantuntijaryhmän selvittämiä keinoja olivat työttömyysturvan verotuksen keventäminen, toimeentulotuen saajien asumismenojen omavastuun nostaminen ja työttömyysturvan tai asumistuen korottaminen. Työryhmän mukaan kunnallisverotuksen ns. perusvähennyksen laajentaminen olisi huomattavan kallis ratkaisu. Työryhmä katsoi, että eril-

linen työttömän vähennys toimisi vastoin työnteon ensisijaisuutta ja työllistymisen tukemista koskevaa peruslinjausta sekä sen mukaisesti tapahtunutta pienten työtulojen verotuksellisen aseman kohentamista. Toimeentulotuen asumismenojen omavastuun nostamista nykyisestä 7 prosentista 13 prosenttiin on pidettävä kohtuuttomana.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan paras ratkaisu on tehdä vähäinen korotus työmarkkinatukeen ja työttömyysturvan peruspäivärahaan sekä asumistuen tuloarajojen tarkistaminen vastaavasti yksinäisten tuen saajien osalta. Tämä ratkaisu siirtäisi suuren osan pitkäaikaistyöttömistä pois kunnallisesta toimeentulohuollosta. Toimenpide vaikuttaisi juuri yksinäisten (perheettömien) pitkäaikaistyöttömien toimeentulotukiriippuvuuteen. Tällä toimenpiteellä voitaisiin lievittää merkittävästi työpainetta. Kuntien toimeentulotukiasiakkaiden määrä ja toimeentulotuen menot vähenisivät huomattavasti ja sosiaalivirastojen työpainetta voitaisiin suunnata kuntouttavaan sosiaalivirastoon hakemuskäsittelyn sijasta.

Taloudellisesti työmarkkinatuen ja asumistuen tuloarajojen korotuksesta hyötyisivät pääosin ne työmarkkinatuella olevat pitkäaikaistyöttömät, jotka eivät saa toimeentulotukea sekä osin myös ansioperusteista työttömyysturvaa saavat. Lisäksi täydentävää toimeentulotukea saavat pitkäaikaistyöttömät poistuisivat pääosin kunnan toimeentulotuesta.

Toimenpide lisäisi valtion menoja 72 miljoonaa euroa ja vähentäisi kuntien menoja yhteensä 42 miljoonaa euroa. Työttömyyskassojen osuus kustannuksista olisi 17 miljoonaa euroa. Menojen nettolisäys olisi siten 47 miljoonaa euroa. Tarkempi kustannuserittely on seuraava (luvut milj. €):

	Yhteensä	Valtio	Kunnat	Tyött.kassat
Etuusmenojen lisäys				
- perusturva	60,5	60,5		
- ansioturva	33,6	16,8		16,8
Menojen lisäys yht.	94,1	77,4		16,8
Verotulojen lisäys	- 25,2	- 5,0	- 20,2	

Menojen nettolisäys:

- valtion menot	+ 72
- työttömyyskassojen menot	+ 17
- kuntien ym. tulot	- 20
- <u>toimeentulotuen väheneminen</u>	<u>- 21</u>
Menojen nettolisäys yhteensä	+ 47 milj. €

Asumistuen osalta tuloarajojen korottaminen yksinäisten osalta siten, että oikeus täysimääräiseen tukeen säilyisi tasokorotuksen jälkeenkin lisäisi asumistukimäärärahan tarvetta noin 12,5 milj. €. Kokonaisuudessaan asumistukimenot tässä mallissa pysyisivät kuitenkin ennallaan, koska työttömyysturvan korotus pienentäisi muiden kuin yksin asuvien ruokakuntien asumistukea.